



Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé

Anne-Élisabeth Mazel

► To cite this version:

Anne-Élisabeth Mazel. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01152545>

HAL Id: dumas-01152545

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152545>

Submitted on 18 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°14

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la
méthode du patient standardisé

Présentée et soutenue publiquement
le 17 mars 2015

Par

MAZEL, Anne-Elisabeth

Née le 9 novembre 1986 à Mont-Saint-Aignan (76)

Dirigée par M. Le Docteur Bloedé, François, MCA

Jury :

Mme Le Professeur Plu-Bureau, Geneviève, PU-PH Président

Mme Le Professeur Christin-Maitre, Sophie, PU-PH Membre

M. Le Docteur Faucher, Philippe, PH Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements et dédicaces

À Madame le Pr Plu-Bureau, vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

À Madame le Pr Christin-Maitre, vous avez accepté immédiatement de faire partie de mon jury et je vous en remercie. Veuillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.

À Monsieur le Dr François Bloedé, qui a tout de suite accepté la direction de cette thèse. Je te remercie de m'avoir accompagnée pendant la réalisation de ce travail qui fut passionnant. Merci pour ta disponibilité et tes conseils éclairés tout au long du chemin. J'espère avoir été digne de la confiance que tu m'as accordée. Trouve ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Dr Philippe Faucher, trouve ici toute ma gratitude pour l'enseignement que tu m'as dispensé pendant 6 mois à Trousseau. Ton engagement auprès des patientes, ton exigence et ton éthique sont un exemple pour moi. Merci infiniment de faire partie de ce jury.

À Jennifer Soussan, ma partenaire dans ce travail, sans qui je n'aurais pu mener ce projet à terme. Merci pour ton soutien, ton énergie, on a formé une sacrée équipe.

À Jean-Marc et Agathe, un grand merci pour leur investissement de temps, d'énergie et l'aide logistique.

Aux 45 médecins généralistes qui ont accepté de participer à notre étude et qui nous ont montré la diversité et la richesse de cette profession.

Au Dr Lydia Caillaud, qui m'a transmis sa passion de la médecine générale et m'a confortée dans mon projet professionnel. Un grand merci à toi Lydia pour ton enseignement.

Au Dr Frédérique Lavis, qui prend tout le temps nécessaire pour me former à l'orthogénie, c'est une chance que de pouvoir bénéficier de toute ton expérience auprès des patientes. Merci de la confiance que tu m'accordes.

À l'équipe du centre d'orthogénie d'Avicenne du Dr Larmignat, pour leur énergie et leur accueil si chaleureux, je suis heureuse de faire partie de l'équipe.

À Delphine et Jeanne, membres émérites du groupe B, devenues des amies et qui sait, futures associées dans notre maison médicale imaginaire mais bientôt réelle ?

À Chloé, qui m'accompagne dans cette aventure parisienne, toujours là pour débriefer nos incroyables histoires médicales, et les autres.

À la famille Ollivier, Jean-Yves, Isabelle, Mathilde et Bertille, merci pour votre présence et votre soutien, et vive les crousti-clowns !

À la famille Schoentjes, Michel, Catherine, Manou, Olivier et Juliette, pour m'avoir accueillie dans votre si belle famille.

À Aurore, pour sa présence et son amitié tout au long de cet internat, en stage et pendant la rédaction de cette thèse : je n'aurais pas pu réaliser ce travail sans ton aide si précieuse. Merci pour le temps consacré à ce travail.

À Camille et Gaëlle, les meilleures amies du monde, présentes depuis le début de l'aventure, toujours là quand il faut, et la raison de ma venue à Paris. Merci les filles, ça valait le coup! Vous êtes des exemples pour moi, et je mesure chaque jour ma chance de vous avoir.

À ma tribu, ma petite famille, que j'aime sans (demi) mesure :

- Bruno, merci d'être un vrai père pour moi ;
- Emma et Guillaume, je suis fière d'être votre grande soeur, merci d'être là.

À Arthur, pour l'amour et le soutien que tu m'apportes. Tu as rendu ma vie plus belle, tu m'accompagnes chaque jour. Merci pour ton aide immense pendant la réalisation de cette thèse, ton écoute et tes conseils éclairés.

Encore un grand merci à toutes les personnes qui ont relu ce travail avec attention et ont permis de l'enrichir : Véronique, Bruno, Gaëlle, Arthur, Aurore, et Vivien.

Et pour finir, à Véronique, ma maman : tu m'as toujours encouragée à travailler et à être juste. Ton empathie et ton sens de l'écoute sont des exemples pour moi. Je te dédie ce travail et te remercie du fond du coeur pour l'exemple que tu me donnes depuis le premier jour.

Table des matières

Remerciements et dédicaces	2
Table des illustrations	8
Liste des abréviations	9
INTRODUCTION	10
CONTEXTE ET OBJECTIFS	12
I. Rappels sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	12
1. Législation française	12
2. Épidémiologie française	13
3. Descriptif de la méthode chirurgicale	14
4. Descriptif de la méthode médicamenteuse	15
5. Part des différentes méthodes dans l'offre de soins	15
6. Actualités récentes	16
a) Remboursement à 100 %	16
b) Publication du rapport du HCEfh	17
c) Disparition de la notion de détresse	17
d) Mise en ligne du site IVG.gouv.fr	18
II. L'accès à l'IVG en Île-de-France	19
1. Le recours à l'IVG en Île-de-France	19
2. L'offre de soins en matière d'IVG (exemple de Paris)	20
a) L'offre de soins hospitalière dans Paris	20
b) L'offre de soins ambulatoire dans Paris	22
3. Une particularité francilienne : REVHO	22
4. Le projet FRIDA piloté par l'ARS	23
5. Un manque persistant de lisibilité de l'offre	24
III. Les recommandations concernant la première consultation	25
IV. La place du médecin généraliste dans le parcours d'IVG	26
1. Le médecin généraliste, un interlocuteur pertinent pour l'IVG ?	26
2. Peu de formation sur l'IVG dans le cursus médical	27
3. Peu d'évaluation de la pratique des généralistes dans le domaine de l'orthogénie	28
V. Des spécificités françaises	29
1. Le délai de réflexion de 7 jours	29
2. La clause de conscience	29

VI. Un des enjeux de la prise en charge : garantir le choix de la méthode	30
1. La recommandation des « 5 jours »	30
2. Le délai : peu évalué et non respecté	30
3. Une méthode médicamenteuse privilégiée	31
4. Choisir permet une meilleure satisfaction, quelle que soit la méthode	31
VII. Justifications de l'étude et objectifs	32
1. Justifications de l'étude	32
2. Objectifs de l'étude	32
MATÉRIEL ET MÉTHODE	34
I. Méthode du patient « standardisé »	34
1. Description de la méthode	34
2. Pourquoi ce choix méthodologique?	34
3. Financement de l'étude	34
4. Mise en pratique	35
5. Aspect déontologique	35
II. Population de l'étude	36
1. Choix de la population	36
2. Inclusion des médecins	36
III. La fausse consultation	38
1. Répartition des consultations	38
2. Le déroulement de la consultation	38
IV. Recueil des données	39
1. Questionnaire	39
2. Retours téléphoniques	40
V. Critères de jugement	40
1. Critère de jugement principal (CJP)	40
2. Justification du critère de jugement principal	41
3. Critères de jugement secondaires	42
VI. Analyses statistiques	42
RÉSULTATS	43
I. Description de la population des médecins	43
II. Description de la consultation	45
III. Critère de jugement principal	45
IV. Critères de jugement secondaires	48
1. Prévalence de la clause de conscience	48

2. Prévalence des cinq items du CJP	48
a) Rédaction du certificat	48
b) Prescription de beta hCG	48
c) Prescription d'échographie	48
d) Prescription du groupe sanguin	49
e) Adressage	49
3. Explications données sur les méthodes	49
4. Délai d'accès à l'IVG	49
5. Connaissance du site ivglesadresses.org	50
6. Correspondant libéral pour l'IVG	50
7. Bienveillance	50
V. Comparaisons selon les caractéristiques des médecins consultés	51
1. Comparaisons selon le sexe	51
a) Comparaison sur le CJP	51
b) Comparaisons sur les critères de jugement secondaires	51
2. Comparaisons selon l'âge	52
a) Comparaison sur le CJP	52
b) Comparaisons sur les critères de jugement secondaires	53
3. Comparaisons selon l'arrondissement	54
a) Comparaison sur le critère de jugement principal	54
b) Comparaisons sur les critères de jugement secondaires	54
4. Comparaisons selon la bienveillance	55
a) Comparaison sur le CJP	55
b) Comparaisons les critères de jugement secondaires	55
VI. Comparaisons selon la patiente standardisée	56
1. Comparaison sur le CJP	56
2. Comparaisons sur les critères de jugement secondaires	56
DISCUSSION	57
I. Le résultat principal et son implication majeure	57
II. Les forces et les faiblesses de l'étude	58
1. Points forts	58
a) Utilisation de la méthode du patient standardisé	58
b) Étude menée sur plusieurs arrondissements	58
c) Répartition égale des visites	59
2. Points faibles	59

a) Petite taille de l'échantillon	59
b) Biais de recrutement	60
c) Critère de jugement principal composite non validé	60
III. Cohérence avec les données disponibles	62
IV. Hypothèses concernant l'interprétation des résultats	63
1. Un parcours de soins dominé par les structures hospitalières	63
2. Un accès à l'IVG facilité par les médecins du 19e arrondissement	63
3. L'IVG, un acte de soins comme un autre	64
4. Le déficit de prescription du groupe sanguin	65
V. Les changements à proposer	65
1. Amélioration de l'enseignement sur l'IVG	66
2. Informer les patientes sur le rôle des généralistes	67
3. Communication auprès des professionnels de santé	69
a) Présentation de nos résultats à l'ARS	70
b) Le rôle des réseaux de périnatalité	70
c) Création et diffusion d'outils d'aide à la consultation	71
d) Internet, la solution ?	72
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	79
Annexe n° 1 : activité IVG Paris intra-muros 2013	79
Annexe n° 2 : législation européenne	80
Annexe n° 3 : demande de financement et réponse du HCEfh	81
Annexe n° 4 : réponse du Conseil de l'Ordre	83
Annexe n° 5 : courrier d'inclusion	84
Annexe n° 6 : flow chart initial et flow-chart réel	85
Annexe n° 7 : scénario de la patiente standardisée	86
Annexe n° 8 : questionnaire à remplir par la patiente standardisée	88
Annexe n° 9 : échelle de bienveillance	89
Annexe n° 10 : score d'efficacité contraceptive	89
Annexe n° 11 : résultats thèse Mazel	90
Annexe n° 12 : check-list et attestation	96
Annexe n° 13 : fiche pratique (exemple du 19e arrondissement)	97
Annexe n° 14 : résultats thèse Soussan	100
RÉSUMÉ	102

Table des illustrations

Graphique n° 1 : évolution du nombre d'IVG depuis 1990	13
Graphique n° 2 : évolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge	14
Carte n° 1 : part des IVG réalisées en ville en 2010	15
Tableau n° 1 : répartition des IVG réalisées en France en 2012	16
Graphique n° 3 : répartition des IVG selon lieux et méthodes en IDF en 2010	19
Tableau n° 2 : répartition des IVG à l'hôpital en IDF en 2012	20
Graphique n° 4 : établissements publics et privés pratiquant l'IVG entre 2000 et 2011	21
Tableau n° 3 : répartition des professionnels pratiquant l'IVG en 2012 en IDF	22
Tableau n° 4 : premier interlocuteur par tranche d'âge au moment de l'IVG (HCEfh)	26
Graphique n° 5 : répartition des médecins par classe d'âge	43
Tableau n° 5 : caractéristiques de la population étudiée	44
Graphique n° 6 : répartition du score IVG (nombre d'items)	45
Graphique n° 7 : détail du score IVG pour chaque médecin	46
Graphique n° 8 : prévalence des 5 items du CJP	48
Graphique n° 9 : CJP en fonction du sexe	51
Graphique n° 10 : groupe sanguin en fonction du sexe	51
Graphique n° 11 : counseling en fonction du sexe	52
Graphique n° 12 : CJP en fonction de l'âge	52
Graphique n° 13 : groupe sanguin en fonction de l'âge	53
Graphique n° 14 : counseling en fonction de l'âge	53
Graphique n° 15 : CJP en fonction de l'arrondissement	54
Graphique n° 16 : CJP en fonction de la bienveillance	55
Graphique n° 17 : CJP en fonction de la patiente standardisée	56
Graphique n° 18 : score IVG pondéré	61
Graphique n° 19 : comparatif thèses Toubal / Mazel-Soussan	62
Carte n° 2 : part des gynécologues partant à la retraite dans 5 ans (2011)	67
Capture d'écran n° 1 : site ivglesadresses.org	68
Capture d'écran n° 2 : page d'accueil du site ivg.gouv.fr	68
Capture d'écran n° 3 : site ivg.gouv.fr	69
Capture d'écran n° 4 : site ivg.gouv.fr modifié	69
Capture d'écran n° 5 : site ivglesadresses.org modifié	72

Liste des abréviations

AG : anesthésie générale
AL : anesthésie locale
AME : aide médicale de l'état
ARS : agence régionale de santé
CIVG : centre d'interruption volontaire de grossesse
CJP : critère de jugement principal
CMS : centre médical de santé
CMU : couverture maladie universelle
CPEF : centre de planification et d'éducation familiale
CSP : code de la santé publique
DDR : date des dernières règles
DIU : dispositif intra-utérin
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évolution et des statistiques
ES : établissement de santé
FCV : frottis cervico-vaginal
FRIDA : favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement
HAS : haute autorité de santé
HCEfh : haut conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes
HEGP : hôpital européen Georges Pompidou
IDF : Île-de-France
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IMG : interruption médicale de grossesse
IMM : institut mutualiste Montsouris
INED : institut national des études démographiques
INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
IST : infection sexuellement transmissible
IVG : interruption volontaire de grossesse
MFPF : mouvement français pour le planning familial
MG : médecin généraliste
OMS : organisation mondiale de la santé
ORS : observatoire régional de la santé
PMSI : programme médicalisé du système d'information
RAI : recherche d'agglutinines irrégulières
REVHO : réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie
RPPNE : réseau périnatal Paris nord et est
SA : semaines d'aménorrhée
SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
URPS : union régionale des professionnels de santé

INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est une situation de soins fréquente : environ 40 % des femmes françaises auront recours à une IVG dans leur vie. [1]

L'IVG est par ailleurs un sujet d'actualité. À l'occasion des 40 ans de la loi Veil en 2014, les députés ont réaffirmé le droit à l'IVG lors d'un vote à l'Assemblée nationale. [2,3]

Durant mon internat, j'ai été amenée à plusieurs reprises à réaliser des consultations de demandes d'IVG, notamment lors de mon dernier semestre au planning familial de l'hôpital Armand Trousseau et au CIVG de l'hôpital Avicenne à Bobigny. Ce sont des consultations passionnantes, tant sur le plan relationnel (diversité des origines socio-culturelles, diversité des histoires de vie) que sur le plan médical.

J'ai fait le choix d'approfondir mes connaissances dans le domaine de l'orthogénie et de la contraception grâce au diplôme inter-universitaire de régulation des naissances de Paris V, que j'ai complété par un stage dans un planning familial.

Il m'a donc semblé naturel de réaliser un travail de thèse sur l'IVG.

Ce projet a été renforcé par les récentes polémiques qui ont émaillé le débat public en France et en Espagne. [4]

J'ai voulu considérer l'IVG du point de vue de la médecine générale, car au-delà de cet intérêt pour la régulation des naissances, je reste avant tout future médecin généraliste.

L'IVG est une situation de soins mettant en œuvre plusieurs des compétences nécessaires en médecine générale : [5]

- premier recours/urgence ;
- relation centrée patient ;
- coordination des soins ;
- prévention (évocation des IST, des violences) ;
- réponse globale ;
- mission de santé publique.

Une femme en demande d'IVG réclame d'une part une prise en charge semi-urgente afin de respecter les délais légaux, d'avoir le choix de la méthode, et d'autre part une prise en charge plus approfondie permettant d'aborder la contraception, le dépistage des IST, et le dépistage d'éventuelles violences.

Il s'agit donc d'un sujet s'inscrivant parfaitement dans le champ du premier recours et de la médecine générale.

Avec Mlle Jennifer Soussan et notre directeur de thèse le Dr François Bloedé, nous avons souhaité utiliser la méthode du patient simulé standardisé pour évaluer le déroulement d'une première consultation de demande d'IVG en médecine générale à Paris en 2014.

Cette méthode permet un recueil des données sur le terrain, de la manière la plus objective possible [6–8]. De plus, elle n'a pas encore été utilisée en France pour évaluer le domaine de l'IVG. Nous proposons donc un travail original sur un sujet d'actualité.

L'interaction des généralistes avec leur environnement proche, leur intégration à un réseau de soins, leurs éventuels partenariats avec des collègues libéraux étaient autant de variables qu'il nous semblait intéressant d'étudier.

Une patiente standardisée présentant un retard de règles de 5 semaines d'aménorrhée (SA) a consulté plusieurs médecins généralistes parisiens (cf. partie matériel et méthode).

L'étendue des données collectées à l'issue de ces consultations a permis de scinder en deux parties ce travail de recherche en soins primaires.

Ma thèse abordera le recours à l'IVG (recours à la clause de conscience, respect des délais, utilisation du réseau de soins par les généralistes, évaluation des prescriptions remises et comparaison avec les recommandations existantes).

La seconde thèse, réalisée par Mlle Soussan, traitera spécifiquement de la place de la contraception et de la sexualité au sein du parcours d'IVG (rôle des généralistes dans la prescription contraceptive, position par rapport au DIU chez une nulligeste, dépistage des IST et des violences).

Comment les médecins généralistes libéraux prennent-ils en charge une demande d'IVG en ville en 2014 ?

Voilà la question à laquelle j'essaierai de répondre à travers ce travail.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

I. Rappels sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

1. Législation française

Toute femme, majeure ou mineure, peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Elle seule peut en faire la demande.

En France, l'avortement a été temporairement autorisé par la loi du 17 janvier 1975 (dite loi Veil), reconduite en 1979, avant d'être définitivement légalisé en 1980. [2]

L'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale en vertu de la loi du 1^{er} janvier 1983 (dite loi Roudy). [9]

La loi promulguée le 4 juillet 2001 a amélioré l'accès à ce droit en inscrivant le droit à l'IVG dans le Code de la santé publique (CSP). [10]

On y retrouve notamment les points suivants :

- le délai d'accès à l'IVG est allongé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée ;
- l'accès est facilité pour les mineures (IVG sans autorisation parentale, l'entretien avec la conseillère conjugale reste obligatoire) ;
- la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses est ouverte à la médecine de ville ;
- les centres autonomes réalisant les IVG doivent être intégrés aux services de gynécologie obstétrique des établissements de santé ;
- les établissements publics de santé qui disposent de lits ou de places en gynécologie obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des IVG. Le chef de service de l'un ou l'autre de ces services a l'obligation d'organiser la prise en charge des IVG.

La loi du 9 août 2004 inscrit le champ de la contraception et de l'IVG parmi les domaines de la santé publique.

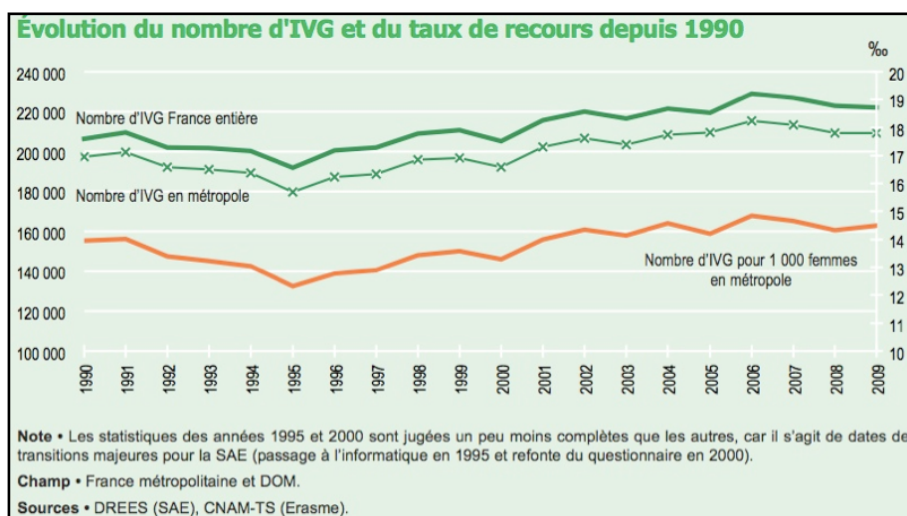
En 2008, pour faciliter l'accessibilité à cette offre de soin, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a autorisé la pratique des IVG médicamenteuses dans les centres de planification et d'éducation familiale, ainsi que dans les centres de santé. [11]

Nul ne peut obliger une femme à interrompre une grossesse (Code de la santé publique, article L2222-1).

Nul ne peut obliger une femme à poursuivre une grossesse (délit d'entrave, loi du 27 janvier 1993, dite "loi Neiertz »). L'entrave à l'IVG constitue un délit. [12]

2. Épidémiologie française

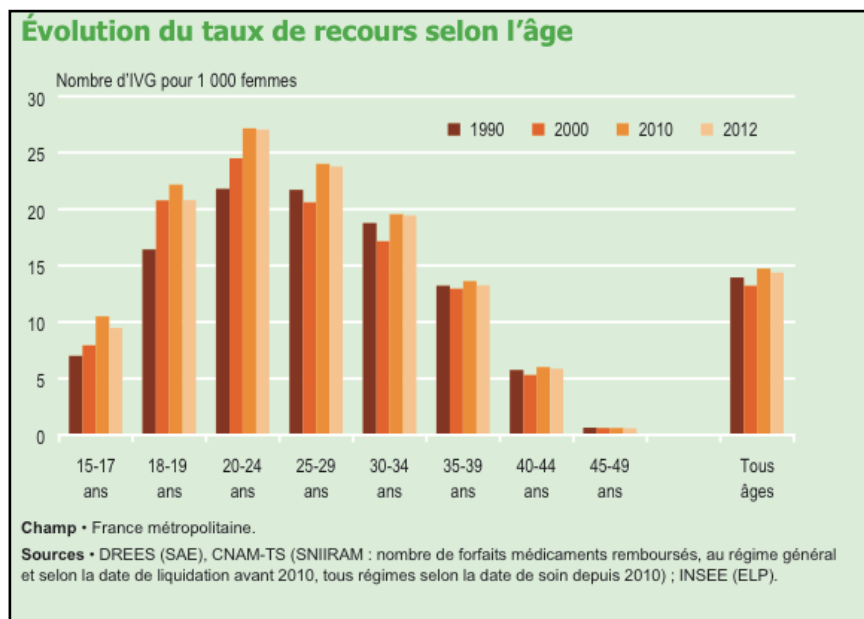
En 2012, en France, il y a eu près de 219 200 interruptions volontaires de grossesse. Leur nombre est relativement stable depuis une dizaine d'années. [13]



Graphique n° 1 : évolution du nombre d'IVG depuis 1990

Le taux de recours est de 14,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole. [13]

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de recours de 27 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux diminuent légèrement chez les moins de 20 ans. [13]



Graphique n° 2 : évolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge

Les IVG « précoces », effectuées avant 6 semaines de grossesse, représentent près de la moitié des IVG réalisées, alors que les IVG « tardives », réalisées à partir de 10 semaines, représentent 8 % des IVG. [14]

Il existe actuellement 2 méthodes pour réaliser une IVG :

- la méthode chirurgicale ;
- la méthode médicamenteuse.

Les deux méthodes ont chacune un taux d'efficacité satisfaisant et le choix entre les deux repose en priorité sur la volonté, si possible éclairée, de la patiente.

3. Descriptif de la méthode chirurgicale

La méthode chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration. En France, cette technique est réalisée uniquement en établissement de santé. Ce geste peut se faire sous anesthésie locale (AL) ou sous anesthésie générale (AG).

Le choix de la méthode d'anesthésie dépendra également des éventuelles contre-indications. La technique chirurgicale expose à un risque d'échec inférieur à la méthode médicamenteuse.

La méthode chirurgicale est réalisable à partir de 7 semaines d'aménorrhée. Avant ce terme, l'aspiration est difficile et présente un risque important d'échec.

4. Descriptif de la méthode médicamenteuse

Les médicaments utilisés sont la mifépristone (Mifégyne®) et le misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®).[15]

L'IVG médicamenteuse est réalisable :

- soit en établissement de santé jusqu'à 9 SA ;
- soit hors établissement de santé par des médecins de ville jusqu'à 7 SA.

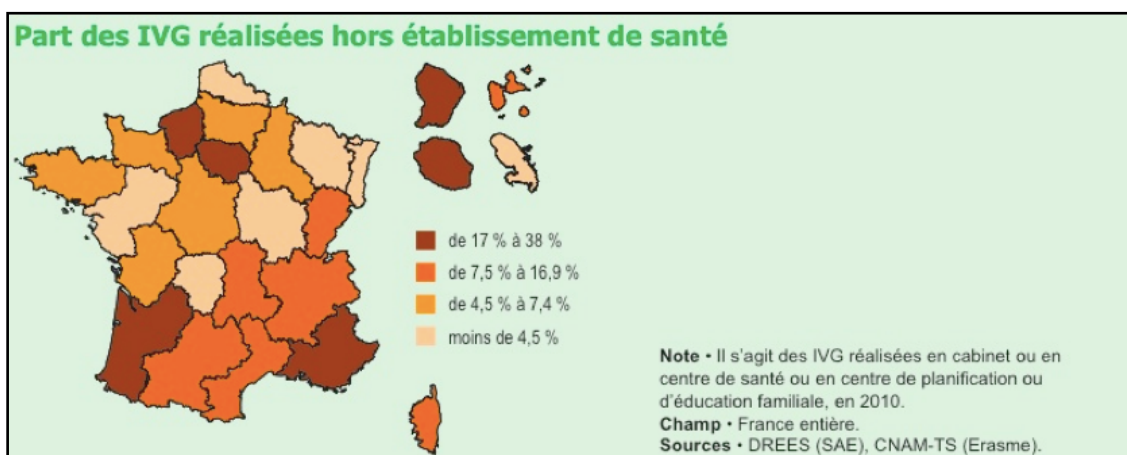
L'efficacité de la méthode médicamenteuse est dépendante de l'âge gestationnel. Jusqu'à 7 SA, les taux de succès atteignent 95 % puis s'abaissent à 80 % quand l'âge gestationnel atteint 9 SA.

5. Part des différentes méthodes dans l'offre de soins

Les IVG chirurgicales représentaient 43 % des IVG réalisées en France en 2012. [13]

En 2012, les IVG médicamenteuses représentaient 49 % des IVG réalisées en établissements et 57 % du total des IVG en métropole. [13]

Depuis son autorisation en ville en 2004, près d'une IVG par méthode médicamenteuse sur six (18 273 en 2007) a été réalisée en cabinet libéral (dans 3/4 des cas par un gynécologue et dans 1/4 par un médecin généraliste). [16]



Carte n° 1 : part des IVG réalisées en ville en 2010

Répartition des IVG réalisées en France par type de méthode et d'acteur en France en 2012					
Source : DREES, 2012					
		Etablissements de santé	Centres de planification et d'éducation familiale	Centres de santé	Libéraux (gynécologues ou généralistes)
IVG médicamenteuse	Jusqu'à 7 SA	X	X	X	X
	Jusqu'à 9 SA	X		1%	13%
IVG chirurgicale jusqu'à 14 SA	sous anesthésie locale	X			
	sous anesthésie générale	X			

Tableau n° 1 : répartition des IVG réalisées en France en 2012

Le tableau n° 1 illustre la répartition entre la ville et l'hôpital : 86 % des IVG ont lieu dans des établissements de santé hospitaliers. [17]

Malgré l'ouverture de l'IVG à la médecine de ville, effective depuis 10 ans, on constate donc une place toujours prépondérante des établissements hospitaliers, majoritairement publics, dans le recours à l'IVG.

Cependant, la tendance actuelle est à la diminution des établissements hospitaliers, notamment dans le cadre des regroupements de structures. [16]

Cette thèse sera l'occasion d'évaluer comment les médecins généralistes utilisent l'offre de soins disponible ainsi que l'étendue de celle-ci.

6. Actualités récentes

Le gouvernement a mis en place plusieurs mesures récentes pour favoriser l'accès à l'IVG, tant sur le plan pratique (remboursement, amélioration de l'information, revalorisation des tarifs) que sur le plan théorique (réaffirmation du droit à l'IVG, disparition de la notion de détresse). [18]

a) Remboursement à 100 %

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit un remboursement à 100 % des IVG pour toutes les femmes à partir de l'année 2013. [19]

Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

L'IVG est prise en charge à 100 % dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais pour :

- les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental ;
- les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire ;
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'état (AME).

b) Publication du rapport du HCEfh

Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh), créé par décret présidentiel en janvier 2013, a publié deux rapports sur l'IVG.

Le rapport relatif à l'accès à l'IVG/Volet 1 concerne l'information sur l'avortement sur Internet et a été publié le 13 septembre 2013. [20]

Le rapport relatif à l'IVG/Volet 2 concerne l'accès à l'IVG dans les territoires et a été publié le 7 novembre 2013. [17]

La synthèse des 34 recommandations est disponible en ligne¹.

Le travail proposé dans cette thèse est en accord avec trois recommandations du HCEfh :

- n° 18 : Informer régulièrement les professionnel(le)s amené(e)s par leur pratique à accueillir des femmes en demande d'IVG sur l'existence et les **coordonnées des structures** d'orientation et d'information, et sur l'organisation du système de soins ;
- n° 27 : Faire **réaliser des « testings » ponctuels** pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG ;
- n° 30 : Financer des **recherches sur l'IVG**, et notamment sur les sujets peu connus aujourd'hui.

c) Disparition de la notion de détresse

La première recommandation du HCEfh [21] qui a été retenue dans le projet de loi pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes est la suivante :

« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

¹ http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf

Est désormais remplacée par :

« La femme enceinte **qui ne veut pas poursuivre une grossesse** peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

d) Mise en ligne du site IVG.gouv.fr

Avant la mise en ligne du site, les recherches en ligne concernant l'IVG conduisaient les femmes sur des sites gérés par des opposants au droit à l'avortement, au premier rang desquels www.ivg.net.

Ce site revêt l'apparence d'un site institutionnel sérieux, avec mise en place d'un numéro vert et d'un centre de documentation.

La lecture attentive du site par un professionnel averti permet de démasquer les réelles intentions des rédacteurs du site, mais pour des femmes en demande d'informations et d'adressage, ce site représente un réel danger de désinformation. [22]

Mis en place début 2014, le site officiel du gouvernement délivre une information claire et appropriée, aussi bien aux femmes qu'aux professionnels de santé :

- rappel sur les délais ;
- rappel sur les différentes méthodes ;
- données épidémiologiques ;
- adresses utiles de sites internet (choisir contraception) ;
- coordonnées des planning familiaux.

Le site ivg.gouv.fr, bien qu'incomplet, représente un réel progrès en diffusant une information fiable, centralisée et claire. Toutefois, ce site est peu ergonomique pour le professionnel de santé en recherche d'un outil pratique pour orienter et prendre en charge sa patiente. L'information est parcellaire car seuls les planning et les structures hospitalières publiques sont référencés sur ce site. Il n'y a pas de liste des correspondants ambulatoires ni des structures hospitalières privées.

II. L'accès à l'IVG en Île-de-France

1. Le recours à l'IVG en Île-de-France

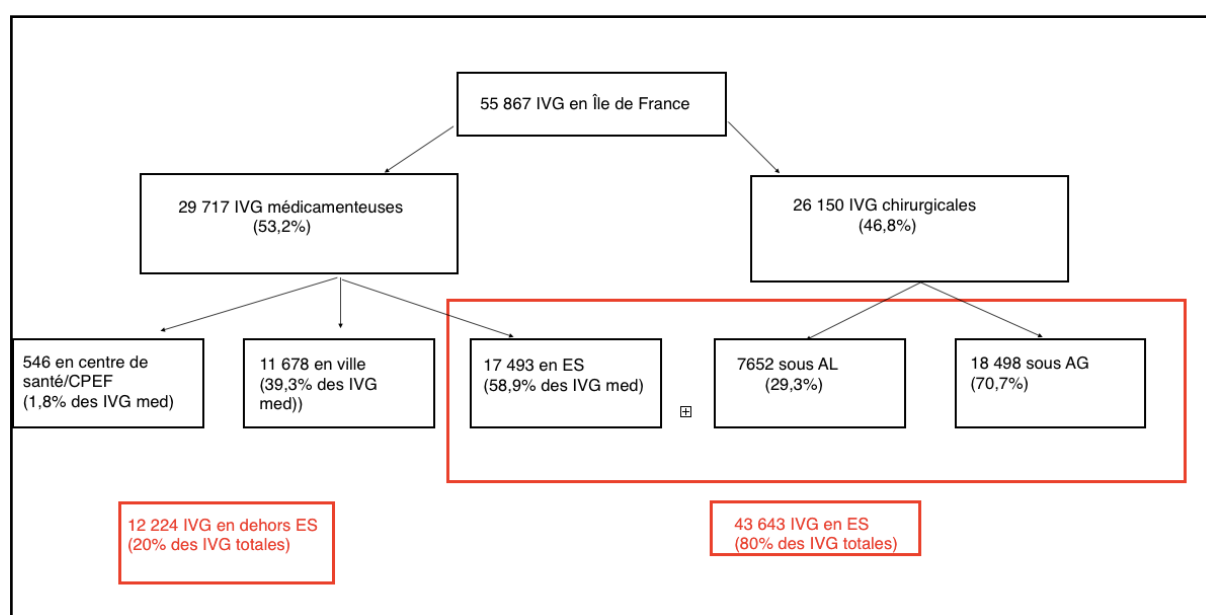
En 2010, 55 867 IVG ont été réalisées en Île-de-France (IDF) sur les 225 000 enregistrées en France cette année-là, soit près d'un quart des IVG totales. [23,24]

Le taux de recours à l'IVG en IDF est estimé à 18,1 IVG pour 1000 femmes (contre 14,5 pour 1000 en France métropolitaine en 2011). À Paris, le taux de recours est encore supérieur : 23,9 pour 1000 en 2010. [24]

L'IVG est donc une situation de soins fréquente en Île-de-France, et particulièrement dans Paris intra-muros.

Ces 55 867 IVG réalisées en IDF se répartissent de la manière suivante :

- 26 150 IVG chirurgicales (soit 46,8 %) ;
- 29 717 IVG médicamenteuses (soit 53,2 %).



Graphique n° 3 : répartition des IVG selon lieux et méthodes en IDF en 2010

Cette analyse nous montre que la méthode médicamenteuse est prédominante en IDF mais que cette méthode est réalisée le plus souvent dans une structure hospitalière, portant ainsi à près de 80 % la part des IVG réalisées en établissements de santé (ES).

La variable d'intérêt pour un médecin généraliste souhaitant orienter une patiente dans le cadre d'un parcours d'IVG est l'offre de soins de proximité, à la fois ambulatoire et hospitalière.

Voici un état des lieux récent de cette offre.

2. L'offre de soins en matière d'IVG (exemple de Paris)

a) L'offre de soins hospitalière dans Paris

D'après les données issues du PMSI de 2012 (programme médicalisé du système d'information), l'IDF dispose de 105 sites hospitaliers pour la réalisation des 39 892 IVG pratiquées en établissement de santé.

Répartition des IVG à l'hôpital selon le département de réalisation de l'acte en 2012									
	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb d'IVG en ES	9 543	3 335	3 553	3 529	6 124	7 228	3 760	2 820	39 892
Sites hospitaliers	18	13	10	12	16	14	11	11	105

Données enregistrées 2012 source PMSI

Tableau n° 2 : répartition des IVG à l'hôpital en IDF en 2012

On observe dans le tableau n° 2 que le département de Paris concentre le plus grand nombre d'établissements (n=18) avec le plus grand nombre d'IVG (n=9543), représentant une moyenne théorique de 530 IVG par an et par établissement parisien, dans l'hypothèse où ces derniers auraient des pratiques et une offre homogène.

Ces 18 établissements se répartissent de la façon suivante :

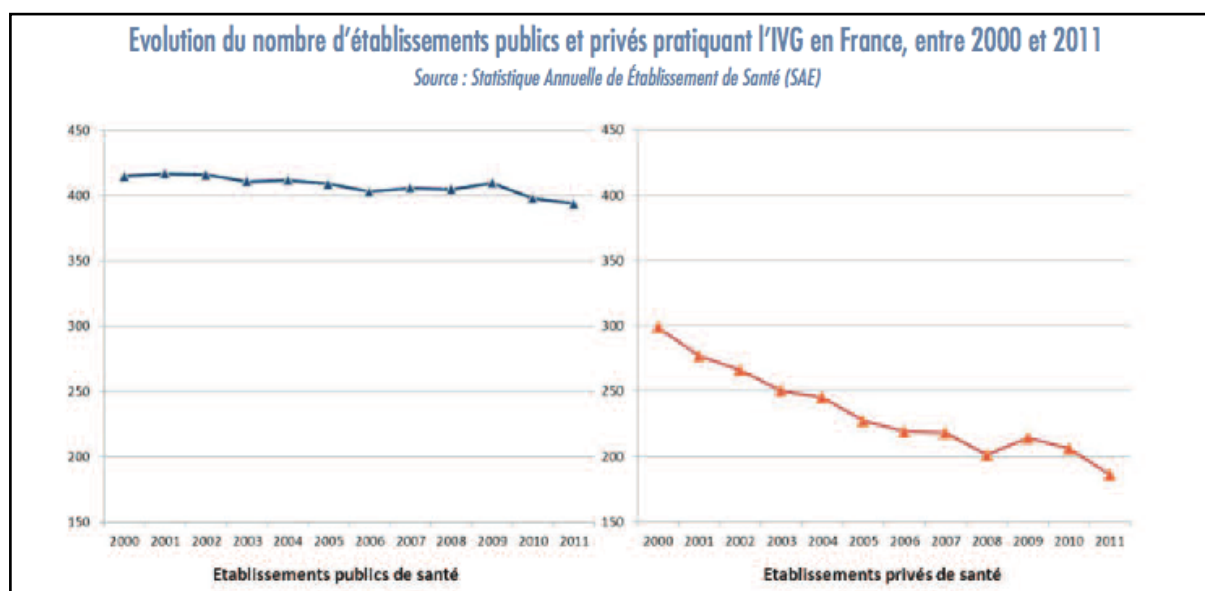
- 9 établissements publics de l'APHP (Bichat, Hôpital européen Georges Pompidou dit HEGP, la Pitié Salpêtrière, Lariboisière, Port-Royal, Robert Debré, Saint-Louis, Tenon, Trousseau) ;
- 2 établissements privés à but non lucratif (Institut Mutualiste Montsouris dit IMM et Hôpital Les Bluets) ;
- 9 cliniques privées.

J'ai effectué une analyse de l'offre de soins grâce au site <http://www.scopesante.fr/#/>, site réalisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui répertorie toutes les activités de soins des établissements hospitaliers français, publics et privés.

Les données chiffrées disponibles sont celles de l'année 2013, rassemblées ici sous la forme d'un tableau de synthèse consultable en annexe (annexe n° 1, p. 79).

Plusieurs points importants sont à souligner :

- on observe une diminution des établissements hospitaliers réalisant les IVG (16 établissements recensés en 2013 contre 18 en 2012) ;
- la lisibilité en ligne de l'offre d'IVG proposée par les établissements privés est inexistante. On peut émettre l'hypothèse que le recrutement de ces établissements est réalisé par les gynécologues de ville qui pratiquent les IVG de leur patientèle au sein de ces structures ;
- l'essentiel des IVG est assuré par le secteur public et privé à but non lucratif. 931 IVG ont été réalisées en 2013 par des établissements privés à but lucratif, soit 9,6 % des IVG hospitalières contre 8686 pratiquées par les établissements publics et privés à but non lucratif qui répondent à 90 % des demandes. Ceci est à mettre en lien avec la fermeture des structures privées et leur désengagement de l'activité d'orthogénie, peu rémunératrice (cf. graphique n° 4 ci-après) ;



Graphique n° 4 : établissements publics et privés pratiquant l'IVG entre 2000 et 2011

- il n'y a pas de statistique concernant le ratio entre anesthésie locale et anesthésie générale ;
- au vu des chiffres de l'HEGP (335 IVG uniquement chirurgicales) et de l'hôpital Robert Debré (106 IVG chirurgicales), on peut penser que certains chefs de service ont réduit à la portion congrue l'activité d'IVG en ne proposant qu'une seule méthode (le plus souvent, l'IVG par aspiration sous anesthésie générale), la loi leur imposant d'assurer l'organisation de l'activité d'IVG (art. L.2212-8 et R.2212-4 du CSP) ;

- on note également une disparité au sein des établissements publics. Presque 2/3 des IVG hospitalières dans Paris sont réalisées par seulement 4 établissements (1104 aux Bluets, 1086 à Lariboisière, 1081 à la Pitié et 2219 à Port-Royal, soit 5490 sur 9617, 57 %) ;
- enfin, toutes les structures n'offrent pas toutes les méthodes. Ainsi, quatre des structures répertoriées ne proposent pas la méthode médicamenteuse. Dans une étude réalisée par l'IGAS en 2009 sur l'activité d'orthogénie des sites de l'APHP, seuls quatre centres dans Paris intra-muros pratiquaient toutes les techniques et tous les types d'anesthésies (centres de Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint-Vincent de Paul). [16, 25]

b) L'offre de soins ambulatoire dans Paris

Le tableau n° 3 permet une synthèse de l'offre répertoriée en ville en 2012 pour l'IVG. Comme pour les établissements de santé, Paris est le département d'IDF ayant la plus grande offre en ambulatoire.

<u>Répartition des professionnels pratiquant l'IVG par département en 2012</u>									
	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb de gynécologues libéraux pratiquant des IVG	112	19	25	23	32	26	31	25	293
<i>Dont adhérents REVHO</i>									125
Nb de MG libéraux pratiquant des IVG	34	21	5	17	13	12	15	3	120
<i>Dont adhérents REVHO</i>									124
Autres praticiens libéraux pratiquant des IVG	3	0	0	0	1	0	1	0	5
<i>Dont adhérents REVHO</i>									2

Source SIAM 2012- forfaits honoraires et médicaments de ville (FHV et FMV) facturés aux bénéficiaires du RG

Tableau n° 3 : répartition des professionnels pratiquant l'IVG en 2012 en IDF

À cette offre de soins qui, malgré les regroupements hospitaliers, reste étoffée, s'ajoute un réseau de soins régional et un nouveau plan pour faciliter l'accès à l'IVG coordonné par l'ARS Île-de-France.

3. Une particularité francilienne : REVHO

Créé en novembre 2004, REVHO est un réseau de santé ville-hôpital qui permet aux femmes d'avoir recours à une IVG médicamenteuse avec leur médecin de ville, c'est-à-dire à un avortement fait en dehors d'un établissement de santé.

REVHO a été le premier réseau intervenant dans le domaine de l'IVG médicamenteuse au niveau national. Il est le seul réseau en Île-de-France dans le

domaine de l'IVG médicamenteuse. Il est financé par l'ARS Île-de-France sur des fonds publics exclusivement. [26]

Au 31 décembre 2012, le réseau REVHO regroupait 305 médecins (dont 251 médecins libéraux), 60 centres de santé ou centres d'éducation et de planification familiale (CPEF) et 22 établissements hospitaliers référents. 5641 actes d'IVG médicamenteuses avaient été réalisés par un professionnel du réseau REVHO pour des femmes domiciliées en Île-de-France soit près de 50 % des IVG réalisées en ville.

C'est le REVHO qui, le premier, a mis en place en mars 2013 un outil en ligne afin de rendre lisible l'offre de soins pour l'IVG sous la forme du site Internet : www.ivglesadresses.org. [27]

En 2014, cette initiative s'est étendue au niveau national, preuve de son utilité au quotidien pour les patientes et les professionnels. [28]

Je réalise ce travail dans une région a priori en avance sur les autres en terme d'information et de réseaux de soins.

Mais les professionnels n'appartenant pas au réseau accèdent-ils facilement à l'information ? Et les patientes ?

4. Le projet FRIDA piloté par l'ARS

L'ARS d'Île-de-France a mené des travaux en 2013 en parallèle de ceux menés par le HCEfh, avec pour objectif de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les associations d'usagers et les professionnels dans le domaine de l'IVG. [24]

L'ARS d'IDF a édité des recommandations centrées sur l'accès à l'IVG regroupées dans le projet régional FRIDA (=favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement). [29]

À ces recommandations s'ajoute une plateforme internet sur le site de l'ARS [30]. La plateforme FRIDA d'aide à l'orientation des patientes est réservée aux professionnels de santé, qui doivent demander des codes auprès du réseau périnatalité de leur département. Cet outil n'est donc pas directement disponible pour les médecins généralistes non investis dans le champ de l'IVG.

5. Un manque persistant de lisibilité de l'offre

Malgré l'existence de tous ces outils, mon travail de recherche montre que des efforts restent à accomplir pour rendre l'offre de soins complètement lisible.

Pour comprendre le parcours de soins d'une patiente parisienne en situation de demande d'IVG, j'ai fait une recherche en ligne via le principal moteur de recherche (Google) avec les mots-clés « IVG PARIS ». Cette recherche a été effectuée en navigation privée afin de s'affranchir du biais induit par mes recherches précédentes en rapport avec l'IVG. J'ai souhaité être au plus près de la situation des patientes.

Voici les trois premiers sites proposés à l'issue de cette recherche :

- le site officiel de la Ville de Paris (qui fait un renvoi sur ivglesadresses.org) ;
- le site officiel de l'APHP ;
- un site anti-avortement IVG.net.

Le site ivglesadresses.org édité par REVHO n'apparaît qu'en 7ème position.

Il a fallu pas moins de 3 sites (ivglesadresses.org, IVG.gouv.fr, et scopesanté.fr) , ainsi que de nombreux recoupements d'information pour obtenir une liste exhaustive sur le plan des structures hospitalières réalisant des IVG, mais encore imparfaite car ne précisant pas les méthodes disponibles dans chaque structure.

Un outil unique, régulièrement mis à jour, facilement accessible, exhaustif tant sur les types de structures que sur les méthodes, fait partie des recommandations présentes dans tous les rapports publiés récemment sur l'IVG : « Un annuaire des structures pratiquant les IVG, comportant une information sur les différentes méthodes effectuées dans ces lieux, devrait être constitué, consultable en ligne et régulièrement mis à jour. » [16]

III. Les recommandations concernant la première consultation

L'ANAES devenue HAS en 2010 a publié en 2001 des recommandations (mises à jour en 2010) concernant la première consultation de demande d'IVG et elle préconise la réalisation de plusieurs étapes. [31]

Lors de la première consultation, les points suivants doivent être satisfaits :

- des informations claires et précises sont apportées à la patiente concernant la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale ;
- une information est délivrée sur le temps de réflexion d'une semaine avant 12 SA (une procédure d'urgence permet de raccourcir le délai de réflexion. Elle s'applique aux femmes dont l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 SA) ;
- outre cette information orale, les professionnels établissent et mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits ;
- un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. L'entretien doit dans ce cas être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et l'identification de difficultés psychosociales ;
- l'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique, et la réalisation d'une échographie de datation ;
- la consultation pré-IVG est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH, et des frottis cervico-vaginaux de dépistage ;
- le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG ;
- il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence ;
- toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin/rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières (RAI). D'autres examens peuvent être prescrits si nécessaire lors d'une éventuelle consultation pré-anesthésique.

Ces recommandations constituent la référence à laquelle je vais pouvoir comparer les pratiques constatées sur le terrain.

IV. La place du médecin généraliste dans le parcours d'IVG

1. Le médecin généraliste, un interlocuteur pertinent pour l'IVG ?

Le médecin généraliste est par définition le médecin de premier recours.

« Le médecin généraliste assure de façon simple, adaptée, souple et efficace la fonction d'accueil de tous les consultants. (...) Cet accès au médecin généraliste est facilité par sa proximité dans l'environnement des patients, une grande disponibilité et l'accessibilité économique. » [32]

Pour autant, est-il pertinent d'étudier son rôle dans une démarche d'IVG ? N'est-ce pas là plutôt le rôle des gynécologues, des centres de planning familial ou des CIVG ?

Plusieurs thèses et travaux réalisés récemment montrent que les généralistes ont une place de plus en plus importante comme interlocuteurs lors de la première demande d'IVG. [17,33–36]

Premier interlocuteur contacté par tranche d'âge au moment de l'IVG				
Âge au moment de l'IVG	Structure hospitalière	Centre médico-social	Gynécologue	Généraliste
<20	29,9%	25,1%	29,4%	15,6%
20 à 24	25,1%	18,3%	35,7%	21,0%
25 à 29	24,1%	9,4%	45,1%	21,4%
30 à 34	13,5 %	12,6 %	38,1 %	35,8 %
35 et +	7,8 %	5,4 %	44,3 %	42,4 %

Tableau n° 4 : premier interlocuteur par tranche d'âge au moment de l'IVG (HCEfh)

Dans sa thèse soutenue en mars 2014 [35], Sophie Martin illustre plusieurs points intéressants :

- dans son étude menée à Paris et portant sur 18 patientes, celles-ci ont consulté leur gynécologue pour la première demande d'IVG (7/18) à égalité avec celles consultant un généraliste (pour 3 d'entre elles, il s'agissait de leur médecin traitant, pour les 4 autres d'un médecin généraliste de proximité). Il s'agit

principalement des patientes les plus jeunes et qui n'ont pas de suivi gynécologique régulier ;

- en l'absence de suivi gynécologique régulier, les patientes vont également vers les centres de planning.

« Les CPEF sont contactés en premier si les femmes n'ont pas de gynécologue habituel. (...) Cependant, elles évoquent des freins à la prise en charge en CPEF : les horaires d'ouverture limités, et l'absence de communication d'information par téléphone qui les obligent à se déplacer. » [35]

Cette problématique de l'accessibilité des CPEF est intéressante car elle met en lumière les avantages possibles des généralistes : plus grande amplitude d'ouverture, meilleure accessibilité, proximité.

Si les patientes se tournent volontiers vers un généraliste (médecin traitant ou médecin de proximité), ce dernier a-t-il pour autant les outils nécessaires pour répondre à une demande d'IVG ?

2. Peu de formation sur l'IVG dans le cursus médical

Mes connaissances actuelles sur l'IVG sont issues de mon diplôme inter-universitaire de régulation des naissances et de mon expérience acquise en stage.

Le cursus commun (deuxième et troisième cycles des études médicales) est-il suffisant pour permettre aux futurs généralistes d'être des relais dans la prise en charge de l'IVG ?

Le Dr Maud Gelly répond par la négative dans sa thèse réalisée en 2004 sur la place accordée à l'IVG et à la contraception dans les études de médecine. [37]

Elle a analysé pour cela le programme officiel et les annales de l'internat et elle a effectué une analyse qualitative via un questionnaire destiné aux étudiants de deuxième cycle (PCEM2 et DCEM4).

« Il ressort des annales de l'internat que la maîtrise de la fécondité ne fait pas pleinement partie de la vie normale des femmes alors qu'elle fait bien partie des savoirs à acquérir par les médecins mais sous une acceptation très restrictive qui occulte l'avortement et fait de la pilule la seule méthode contraceptive digne de reconnaissance par le concours, donc la seule digne de reconnaissance pour les étudiants. » [37]

3. Peu d'évaluation de la pratique des généralistes dans le domaine de l'orthogénie

Ma recherche bibliographique a mis en évidence peu de travaux évaluant la pratique des médecins généralistes dans le domaine de l'orthogénie, en dehors de ceux réalisant des IVG médicamenteuses.

La thèse de Virginie Toubal, soutenue en juillet 2013 à Paris VI, traite de ce sujet : « Application des recommandations HAS 2010 sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes ». [38]

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée en 2012 et reposant sur l'analyse d'un questionnaire adressé à des médecins généralistes exerçant en Île-de-France, questionnaire élaboré à partir des recommandations de la HAS de 2010 (cf paragraphe III de la partie contexte et objectifs).

119 médecins ont répondu au questionnaire sur les 749 sollicités (taux de participation de 16 %), parmi lesquels 14 réalisent des IVG médicamenteuses au cabinet.

Le Dr Toubal note que :

- 82 % des médecins prescrivent une échographie à l'issue d'une consultation de demande d'IVG ;
- 85 % (n=101) des médecins interrogés prescrivent un bilan sanguin, comprenant dans 95 % des cas un dosage de beta hCG, dans 71 % des cas un groupe sanguin/rhésus, dans 20 % des cas une sérologie VIH ;
- 75 % (n=89) déclarent délivrer un certificat médical attestant de la demande d'IVG par la patiente ;
- 71 % (n=85) connaissent le délai de réflexion d'une semaine ;
- 92 % (n=110) des médecins interrogés indiquent proposer un entretien d'information, de soutien et d'écoute à chaque femme consultant pour une demande d'IVG ;
- seuls 15 % (n=18) des médecins possèdent dans leur cabinet un guide d'information sur l'IVG, parmi lesquels 11 sont des médecins pratiquant l'IVG en cabinet ;
- concernant l'adressage des patientes pour les médecins ne réalisant pas d'IVG, ces derniers les orientent vers une structure hospitalière dans 61 % (n=64) des cas ;
- 58 % (n=69) des médecins estiment que leur formation médicale théorique sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse est insuffisante.

À la question ouverte « Selon vous, quelle(s) proposition(s) thérapeutique(s) ou non pourrai(en)t être faite(s) afin d'améliorer encore la prise en charge de ces femmes ? », 16 % (n=19) proposent de favoriser un accès plus rapide à l'IVG par le biais d'une liste de correspondants pratiquant l'IVG à destination des médecins généralistes.

Toutes ces données vont constituer une référence théorique à laquelle je vais pouvoir comparer les résultats de mon étude.

V. Des spécificités françaises

Deux spécificités dans la législation française constituent des obstacles dans l'accès à l'IVG : le délai de réflexion de 7 jours et la clause de conscience.

1. Le délai de réflexion de 7 jours

Le délai de réflexion d'une semaine est présent depuis la première loi de 1974. [2]

Afin d'attester de ce délai, il est nécessaire de rédiger un certificat de première consultation de demande d'IVG. Ce certificat ne peut être rédigé que par un médecin.

La France est, avec l'Italie, le pays européen imposant le plus long délai de réflexion. La suppression de ce délai fait d'ailleurs partie des propositions du HCEfh pour améliorer l'accès à l'IVG. [17]

Pour information, les autres législations européennes [39] concernant l'IVG sont disponibles en ligne² ainsi qu'en annexe (annexe n° 2, p. 80).

Les généralistes sont-ils au courant de ce délai ? Le respectent-ils ?

2. La clause de conscience

La possibilité de recours à la « clause de conscience » est déjà accordée de manière générale à tout personnel soignant pour l'ensemble des actes médicaux.

L'IVG est le seul acte médical pour lequel la clause de conscience est clairement stipulée, lui conférant un statut à part dans la pratique médicale.

² <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/europe.htm>

Supprimer la clause de conscience (article L.2212-8 du CSP) fait partie des recommandations du HCEfh. [17]

Évaluer le recours à la clause de conscience parmi les généralistes consultés constitue un des objectifs secondaires de ce travail.

VI. Un des enjeux de la prise en charge : garantir le choix de la méthode

1. La recommandation des « 5 jours »

«Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide. » [31]

L'HAS recommande un accès rapide à l'IVG en avançant comme argument principal une diminution des complications et un accès plus large aux différentes méthodes.

Le délai est-il respecté ? Quel est l'intérêt réel de ce délai ?

2. Le délai : peu évalué et non respecté

Une étude publiée en 2009 par la DREES [40] indiquait qu'en 2007 :

- 25 % des IVG ont été prises en charge dans les 6 jours suivant la première demande,
- 50 % des IVG dans les 8 jours ;
- 75 % dans les 10 jours ;
- Le délai était supérieur à 15 jours dans moins de 10 % des cas.

Une thèse soutenue en mars 2014 à Angers [34] établit un délai moyen de 6,51 jours pour accéder à un centre de planification, avec un délai plus long de 2 jours environ si le premier interlocuteur est un généraliste.

Ainsi, consulter son généraliste serait un obstacle dans l'accès à l'IVG.

3. Une méthode médicamenteuse privilégiée

Dans une étude réalisée en France en 2007, sur un échantillon de 4650 femmes souhaitant une IVG, éligibles pour les deux techniques (médicamenteuse versus chirurgicale), 67 % d'entre elles ont bénéficié d'une méthode médicamenteuse. [41]

Cette proportion s'élève à presque 84 % chez les patientes à qui on a laissé le choix de la procédure. Le choix a été laissé à seulement 50 % des patientes, ce qui, selon les auteurs, illustre la difficulté à fournir à la patiente un *counseling*³ adapté.

La méthode choisie n'était pas influencée par les facteurs suivants : âge, parité⁴, statut marital, éléments socio-économiques.

Une revue de la littérature regroupant plusieurs études menées dans différents pays retrouve les mêmes résultats. [42]

Parmi les raisons mises en avant par les patientes en faveur de la méthode médicamenteuse, on retrouve :

- souhait d'une procédure plus « naturelle » ;
- évitement de la chirurgie ;
- évitement de l'anesthésie.

Des études ont analysé les facteurs prédictifs de satisfaction de la méthode médicamenteuse afin d'établir un profil de patiente éligible pour la méthode. [43]

4. Choisir permet une meilleure satisfaction, quelle que soit la méthode

Des recherches ont montré que la satisfaction des patientes est plus grande après avoir choisi la technique qu'après avoir été randomisée entre les deux méthodes. [44]

Dans une étude danoise menée en 2005 sur 1033 femmes souhaitant une IVG, les auteurs ont montré que la satisfaction dans la méthode médicamenteuse passait de 82 % (intervalle de confiance à 95 % : 78-86) si elles l'avaient choisi à 68 % (intervalle de confiance à 95 % : 55-81) si cette méthode était imposée. Cette étude était menée dans un seul centre et avec le même personnel, quelle que soit la méthode. [45]

³ situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concerne. » « Le counseling », Paris, PUF, 1996, collection Que sais-je ? , 1996, p. 25.

⁴ nombre total d'enfants vivants mis au monde par une femme.

VII. Justifications de l'étude et objectifs

Les médecins généralistes libéraux parisiens permettent-ils en 2014 l'accès à l'IVG tout en garantissant le choix de la méthode ?

1. Justifications de l'étude

Reprenons tous les points abordés dans la première partie :

- l'IVG est une situation de soins fréquente en Île-de-France et particulièrement dans Paris intra-muros ;
- c'est une situation de soins qui touche particulièrement des personnes pouvant avoir des difficultés d'accès aux soins (population âgée de 20 à 24 ans, sans autonomie financière, sans mutuelle) ;
- il y a une diminution de l'offre de soins hospitalière ;
- l'ARS souhaite développer le travail en réseaux ainsi que des missions d'audit afin d'améliorer le parcours de soins ;
- il y a très clairement un manque de lisibilité en ligne de l'offre en matière d'IVG ;
- des recommandations officielles existent mais ne sont que très peu évaluées dans la pratique ;
- les médecins généralistes ont un rôle légitime en tant qu'interlocuteurs de premier recours ;
- mais peu d'études concernant la place des généralistes dans l'IVG sont réalisées, en dehors de celles évaluant les médecins pratiquant la méthode médicamenteuse ;
- les généralistes ne réalisant pas d'IVG manquent de données pour travailler efficacement en réseau ;
- une prise en charge précoce permet de laisser le choix de la méthode, ce qui a un double impact en termes de santé publique : diminution de la morbi-mortalité, et meilleur vécu des patientes.

2. Objectifs de l'étude

Par la qualité des prescriptions remises, les généralistes permettent-ils un accès à l'IVG garantissant aux patientes le choix de la méthode ?

La qualité des prescriptions remises à l'issue de la consultation est évaluée via un score d'efficacité prenant en compte chaque item prescrit (cf. méthodologie).

La qualité maximale sera obtenue par l'association de cinq items, en accord avec les recommandations éditées par la HAS :

- courrier de première consultation ;
- prescription de beta hCG ;
- prescription d'une échographie de datation ;
- prescription du groupe sanguin ;
- adressage précis (coordonnées remises).

Les aspects liés à la contraception, le dépistage des IST et le dépistage des violences conjugales seront traités dans une thèse indépendante rédigée par Mlle Jennifer Soussan.

Je formule l'hypothèse selon laquelle les médecins généralistes sont des interlocuteurs pertinents dans le cadre d'une demande d'IVG et pourraient, à l'aide d'outils adaptés, pallier le défaut de lisibilité de l'offre de soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Méthode du patient « standardisé »

1. Description de la méthode

Il s'agit d'une méthode créée aux Etats-Unis en 1963 par le Dr Howard Barrows, neurologue à l'université de Californie du Sud, à des fins d'enseignement. Depuis, cette méthode est largement utilisée dans les facultés du monde entier pour la formation des étudiants ou l'évaluation des professionnels. [46]

Les patients « standardisés » sont formés à simuler l'histoire d'un vrai patient et à reproduire systématiquement les signes cliniques, la personnalité, le langage corporel et les réactions émotionnelles qui auront été prédéterminés en fonction des objectifs de la simulation.

En pratique, un « faux » patient consulte X médecins généralistes en leur présentant le même motif de consultation et la même situation « standardisée ».

2. Pourquoi ce choix méthodologique?

L'objectif était d'évaluer la prise en charge des femmes demandeuses d'une interruption de grossesse en ambulatoire par les médecins généralistes.

Les thèses antérieures réalisées récemment (entre 2005 et 2013) sur ce sujet ont utilisé des méthodes subjectives via des questionnaires ou des entretiens semi-dirigés menés auprès des médecins et des patientes. [35,38,47–49]

La méthode du patient standardisé présentait donc un double avantage :

- réaliser un recueil de données plus objectif [6–8] ;
- produire un travail innovant sur ce sujet.

Une recherche dans la base de données Pubmed confirme l'absence d'autres études, publiées en France ou à l'étranger, portant sur l'évaluation de l'accès à l'IVG par cette méthode.

3. Financement de l'étude

Nous avons évalué le budget nécessaire à la réalisation de notre étude à 1500 euros (pour 60 consultations à 23 euros, soit 1380 euros, et 120 euros de frais d'envoi de

courrier), budget auquel pouvaient s'ajouter des indemnités pour les personnes incarnant la patiente standardisée.

Nous avons envoyé des demandes de financement à deux organismes potentiellement intéressés par le sujet :

- le Haut Conseil pour l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) ;
- le réseau REVHO.

Ces deux organismes ont malheureusement répondu par la négative. Le courrier et la réponse du HCEfh est en annexe (annexe n° 3, p. 81).

Par conséquent, ne pouvant rémunérer une tierce personne pour jouer la fausse patiente, en sus des 1500 euros à déboursier pour les consultations, nous avons décidé d'incarner nous-mêmes la patiente standardisée.

4. Mise en pratique

Nous avons toutes les deux interprété la patiente standardisée.

Nos expériences respectives de 6 mois de consultation « IVG » en centre de planification constituaient une formation solide pour nous permettre de l'incarner de façon crédible.

5. Aspect déontologique

Dans les études étrangères utilisant cette méthode, le consentement préalable des médecins évalués n'était pas requis. [6–8]

Les deux thèses soutenues à Paris V et ayant utilisé cette méthode [50,51] prévoyaient le recueil systématique du consentement des praticiens avant la visite de la patiente standardisée.

Nous souhaitions éviter ce biais de sélection induit par l'inclusion de médecins acceptant un regard extérieur sur leur pratique.

Malheureusement, le Conseil de l'Ordre des Médecins nous a fortement déconseillé de réaliser notre étude sans recueillir le consentement des médecins inclus (réponse du conseil en annexe n° 4, p. 83).

II. Population de l'étude

1. Choix de la population

Nous avons comme objectif initial d'inclure 60 généralistes parisiens conventionnés et secteur 1, issus de deux quartiers différents.

Nous avons mené cette étude par arrondissement afin d'évaluer le travail en réseau de soins.

Nous avons choisi d'opposer le 15^e et le 19^e arrondissements pour les raisons suivantes :

- arrondissements fortement peuplés (parmi les quatre plus peuplés) [52] ;
- éloignement géographique, donc des réseaux de soins différents ;
- patientèles avec des profils supposés différents.

L'inclusion de généralistes secteur 1 uniquement est doublement justifiée :

- nous avons entièrement financé notre étude ;
- le secteur 1 assure un meilleur accès aux soins pour les populations ayant le plus recours à l'IVG, à savoir la classe d'âge des 20-24 ans, classe d'âge où l'on ne bénéficie plus de la Sécurité sociale de ses parents et où l'on dispose rarement d'une mutuelle. Ainsi, les étudiants sont statistiquement trois fois moins couverts que la population générale (19 % n'ont pas de complémentaire). [53]

2. Inclusion des médecins

Nous avons recensé 249 généralistes secteur 1 dans les 19^e et le 15^e arrondissements à partir du site www.ameli.fr, puis nous les avons randomisés à partir du logiciel Microsoft Office Excel. Nous avons vérifié l'exhaustivité de notre liste en la confrontant à celle générée par le site des Pages Jaunes. Le site www.ameli.fr a l'avantage d'exclure directement les médecins exerçant chez SOS médecins.

Les critères d'inclusion étaient :

- médecins généralistes ;
- libéraux ou exerçant en maison de santé ;
- conventionnés et secteur 1 ;
- des 15^e et 19^e arrondissements.

Les critères d'exclusion étaient :

- le refus de participer à l'étude ;
- les médecins remplaçants et internes en SASPAS ;
- les médecins pour lesquels la pratique d'une autre spécialité telle que l'acupuncture, l'homéopathie, l'allergologie, la mésothérapie, la médecine du sport, la phytothérapie ou l'ostéopathie représente la plus grande part de leur activité ;
- lien de parenté (époux, fratrie) avec un médecin déjà inclus.

Nous avons contacté les 227 premiers médecins par courrier (disponible en annexe n° 5, p. 84), accompagné d'un *flow-chart*⁵ expliquant les étapes de l'étude, afin de recueillir leur consentement à recevoir un(e) patient(e) simulé(e) au cours de l'année 2014 concernant un motif de consultation fréquent en médecine générale. Le *flow-chart* est disponible en annexe de la thèse (annexe n° 6, p. 85).

Une réponse par courriel était demandée, à une adresse spécialement créée pour la thèse. En l'absence de réponse sous 2 semaines, nous nous permettions de les contacter par téléphone.

Nous avons envoyé un courrier à 227 médecins. 17 d'entre eux ont répondu par mail, dont 16 positivement.

Nous avons contacté par téléphone 105 médecins parmi les 210 restants. 15 d'entre eux ont été exclus et 14 ont pu être inclus. Nous arrivions ainsi à un total de 30 médecins (15 par arrondissement).

Le taux de participation (nombre de médecins inclus / nombre de médecins éligibles parmi ceux contactés) pour ces deux quartiers réunis a été de 14,1 %.

Devant la très grande difficulté à joindre les médecins directement, puis à les convaincre de participer, nous avons décidé d'étendre notre étude au 18^e arrondissement, qui est intéressant à étudier pour la problématique de l'accès aux soins. En effet, il s'agit du 4^e arrondissement parisien le plus peuplé [52], et il est déficitaire en généralistes de secteur 1 (108 médecins secteur 1 pour 204 546 habitants lors du recensement de population de décembre 2013), ce qui entraîne a priori une demande de soins plus importante pour chaque praticien du 18^e.

Par ailleurs, nous avons réduit notre objectif initial de 60 médecins inclus à 45, pour les raisons évoquées ci-dessus ainsi que par contrainte budgétaire, six médecins ayant réalisé des dépassements d'honoraires.

⁵ schéma illustrant les différentes étapes de l'étude et le circuit des données.

Concernant le 18^e arrondissement, 108 médecins ont été recensés. Les 101 premiers ont été contactés par courrier, avec une seule réponse positive par mail. Nous en avons contacté 95 par téléphone et 12 parmi eux ont été exclus. Nous avons finalement réussi à inclure 14 médecins par téléphone. Le taux de participation pour ce quartier a été de 16,8 %.

Au total, 45 médecins ont été inclus, 15 dans chaque arrondissement.

III. La fausse consultation

1. Répartition des consultations

Nous nous sommes répartis 50 % des consultations dans chaque quartier, et nous consultations systématiquement les médecins recrutés par l'autre interne. Si deux médecins issus d'un même cabinet ou d'un même centre étaient inclus, chacune en consultait un à distance de l'autre.

2. Le déroulement de la consultation

Les consultations étaient soit sur rendez-vous, soit libres et ont toutes eu lieu au cours de l'année 2014.

Les médecins, qui avaient donné leur accord préalable pour recevoir un(e) patient(e) durant cette période, n'avaient pas connaissance du caractère simulé de la consultation.

La situation standardisée (disponible en annexe n° 7, p. 86-87) que nous avons présentée à chaque consultation était la suivante :

- une jeune femme de 28 ans, comptable ou auto-entrepreneuse, sans antécédent médical ni chirurgical ;
- n'ayant pas d'antécédent familial pouvant entraîner de contre-indication à une méthode contraceptive ;
- ne prenant aucun traitement en dehors de la pilule contraceptive de 2^e génération Trinordiol® ;
- ayant un suivi gynécologique régulier, sans antécédent de grossesse antérieure ;
- en couple depuis 3 ans, récemment installée chez son conjoint à proximité du cabinet où a lieu la consultation ;
- consulte pour une demande d'IVG avec une date de dernières règles correspondant à un terme de 5 SA à 5 SA+4 jours ;
- ne souhaitant pas mettre son médecin traitant au courant et sa gynécologue n'étant pas disponible avant 15 jours ;
- refusant tout examen gynécologique proposé en expliquant qu'elle n'était pas prête ce jour ;

- la carte vitale ayant été égarée et/ou en cours de régularisation.

Pour plus de crédibilité, chacune rapportait ses propres caractéristiques personnelles et familiales qui n'avaient pas d'incidence sur la prise en charge de l'IVG ou la prescription de contraception.

Notre choix s'est porté sur le contexte d'IVG le plus fréquent : une patiente utilisatrice d'une méthode contraceptive, la pilule, qui signale un oubli de comprimés. [54]

Quant au choix de Trinordiol®, nous ne voulions pas utiliser de pilule de 3^e ni 4^e génération pour ne pas orienter le discours du généraliste vers la polémique concernant ces pilules et risquer ainsi de nous éloigner de l'essentiel de cette consultation. Par ailleurs, nous l'avons toutes les deux utilisée, ce qui simplifiait la mémorisation du scénario.

Les honoraires étaient réglés à la fin de la consultation. En revanche, la patiente ne présentait pas sa carte vitale et les feuilles de soins ont été détruites à l'issue de l'étude.

IV. Recueil des données

1. Questionnaire

À l'issue des consultations, Jennifer Soussan et moi-même remplissions anonymement un questionnaire qui mentionnait l'arrondissement, le sexe et la tranche d'âge du médecin que nous venions de consulter, puis nous le remettions à l'autre interne afin de garantir une analyse en double aveugle pour la moitié des données.

Il comportait une partie dédiée à chacune des thèses, et pour la majorité des items, la réponse possible était « oui » ou « non ».

La durée de la consultation était mesurée en minutes.

Le délai d'accès pour le rendez-vous pour l'IVG était mesuré en jours (nombre de jours entre la consultation chez le médecin et la date du rendez vous obtenu dans la structure vers laquelle la patiente était adressée).

Nous avons testé ce questionnaire lors des quatre premières consultations puis nous l'avons modifié afin d'apporter une précision à une information recueillie pour ma partie. En effet, lors de la prescription de l'échographie, nous avons voulu préciser si

la mention «en vue d'une IVG » était notifiée sur l'ordonnance. Cela a un impact au niveau de la tarification de l'échographie et du délai pour obtenir l'examen.

Le questionnaire définitif est joint en annexe (annexe n° 8, p. 88).

2. Retours téléphoniques

Nous avons rappelé les 45 médecins inclus afin de leur dévoiler l'identité de la patiente standardisée, leur demander leur âge et d'obtenir leur courriel pour leur communiquer :

- les résultats de nos thèses ;
- les documents produits à l'issue de ce travail.

Nous leur avons également posé des questions spécifiques à chaque thèse.

Pour la thèse de Jennifer Soussan :

- abordez-vous le sujet de la contraception utilisée lors de cette consultation ? Si oui ou si non, pour quelles raisons ?
- abordez-vous le sujet de la contraception ultérieure envisagée lors de cette consultation ? Si oui ou si non, pour quelles raisons ?

Pour ma thèse :

- avez-vous un correspondant de ville pour l'IVG médicamenteuse ?
- connaissez-vous le site ivglesadresses.org ?

37 médecins sur 45 ont pu être contacté par téléphone ou par mail pour les informer de l'identité de la patiente standardisée et leur poser les questions supplémentaires.

Huit médecins n'ont pas pu être contacté pour les raisons suivantes :

- un médecin est parti en retraite ;
- un médecin est en arrêt maladie de longue durée ;
- six médecins n'ont répondu ni à nos mails, ni à nos appels.

V. Critères de jugement

1. Critère de jugement principal (CJP)

Création d'un score d'efficacité IVG associant cinq variables valant 1 point chacune :

- courrier de première consultation ;
- prescription de beta hCG ;
- prescription d'une échographie de datation ;
- prescription du groupe sanguin ;

- adressage précis (remise de coordonnées d'un confrère ou d'un établissement).

Le score minimal est 0 : la patiente repart sans prescription.

Le score maximal est 5 : la patiente repart avec les cinq prescriptions.

Le CJP est le nombre de médecins obtenant le score maximale de 5, score permettant l'accès à l'IVG avec choix de la méthode, donc permettant à la patiente standardisée de l'étude de **réaliser avec certitude une IVG médicamenteuse à domicile (avant 7 SA)**. On évaluera également la proportion de médecins pour chaque échelon du score.

2. Justification du critère de jugement principal

La rédaction du courrier de première consultation ouvre le délai de réflexion de 7 jours. Ce courrier est par ailleurs requis dans la plupart des CIVG pour obtenir un rendez-vous.

La prescription des beta hCG confirme la grossesse et sert à évaluer le succès d'une méthode médicamenteuse (mesure de la décroissance du taux de beta hCG par rapport au taux initial).

Une échographie de datation est exigée dans la plupart des CIVG pour obtenir un rendez-vous. En effet, c'est le moyen le plus fiable pour déterminer le terme [55] et les secrétaires des centres d'IVG programment ainsi plus facilement les rendez-vous en fonction de l'urgence liée au terme. En outre, plusieurs praticiens libéraux réalisant des IVG au cabinet n'ont pas d'appareil d'échographie et ont donc besoin d'une échographie de datation faite en ville.

Le groupe sanguin est indispensable pour prévenir le risque d'allo-immunisation foëto-maternelle, risque présent pour les patientes de rhésus négatif. La mifépristone ne peut être administrée sans connaissance du groupe sanguin de la patiente. L'administration de Rophylac®, prévenant l'allo-immunisation, se fait le jour de la prise de mifépristone. [31]

Le recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) s'impose dès lors que le rhésus est négatif, afin de s'assurer que la patiente n'est pas allo-immunisée avant de lui administrer le Rophylac®. Compte tenu de son caractère limité, nous avons exclu la prescription des RAI du CJP.

Si elle dispose des cinq items à la sortie de la consultation avec un médecin généraliste, la patiente standardisée pourra :

- prendre la mifépristone dès le rendez vous suivant (en libéral ou en établissement de santé) si celui-ci a lieu 7 jours après ;
- programmer la prise de mifépristone rapidement si le rendez-vous est plus précoce.

Pour la patiente standardisée de l'étude, enceinte de 5 SA à 5 SA+5 jours, afin de lui permettre de réaliser l'IVG médicamenteuse à domicile, possible jusqu'à 7 SA, il était impératif que ces cinq items soient prescrits.

3. Critères de jugement secondaires

- Évaluer la prévalence de la clause de conscience chez les médecins généralistes ;
- évaluer le délai d'accès à l'IVG ;
- évaluer de façon individuelle chaque item prescrit à l'issue de la consultation (courrier, ordonnances, adressage) ;
- évaluer le *counseling* IVG (abord des différentes méthodes) ;
- évaluer le travail en réseaux, évaluer l'utilisation de l'offre de soins ;
- connaissance du site ivglesadresses.org ;
- part des médecins généralistes ayant un correspondant libéral pour les IVG ;
- analyse en fonction du sexe, de l'arrondissement, de l'âge et de la patiente standardisée.

En plus de ces critères, nous avons établi une échelle de « bienveillance », ainsi qu'un score d'« efficacité contraceptive », joints en annexe (annexes n° 9 et 10, p. 89).

VI. Analyses statistiques

On utilise pour le calcul du critère de jugement principal un test binomial (utilisé pour modéliser un nombre de succès ou d'évènements). En effet, il s'agit d'un calcul de proportion d'un critère composite. La présence du critère composite suit une loi binomiale de paramètres $n=43$ sujets et $p=0.5$ (probabilité de succès).

Les comparaisons entre variables qualitatives ont été réalisées à l'aide du test du Chi2. Les comparaisons entre variables quantitatives ont été réalisées à l'aide du test exact de Fisher quand les conditions de validité du Chi2 n'étaient pas remplies.

Les comparaisons entre variables quantitatives ont été réalisées à l'aide du test de Wilcoxon.

RÉSULTATS

I. Description de la population des médecins

25 femmes et 20 hommes ont été inclus.

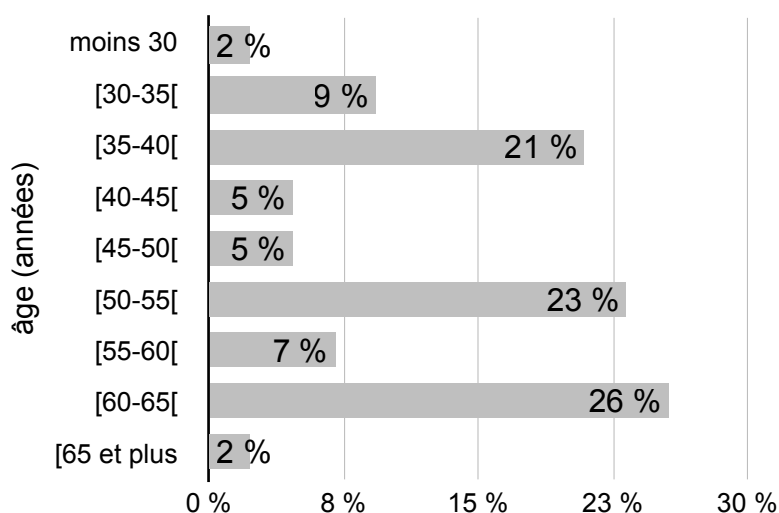
Les deux patientes standardisées ont consulté 43 médecins sur les 45 inclus.

Deux médecins exerçant dans le 18^e arrondissement n'ont pas pu être consultés :

- une déclarait ne plus prendre de nouveau patient, rendant la prise de rendez-vous impossible ;
- l'autre médecin avait des délais de rendez-vous de 3 semaines et ne prenait pas les urgences, assurées par son remplaçant.

Nous avons effectué nos calculs sur 43 médecins (19 hommes et 24 femmes), répartis de la façon suivante : 15 médecins dans le 15^e, 15 médecins dans le 19^e et 13 médecins dans le 18^e arrondissement.

L'âge moyen des médecins était de 48,9 ans, l'âge minimum était de 28 ans, l'âge maximum était de 65 ans. La médiane était de 53 ans.



Graphique n° 5 : répartition des médecins par classe d'âge

Echantillon	Caractéristiques	Total	Pourcentage
Total	Total	43	
	hommes	19	44,2%
	femmes	24	55,8%
	Age moyen (années)	48,9	
	durée moyenne de consultation (mn)	14,0	
15ème	Total	15	
	hommes	7	46,7%
	femmes	8	53,3%
	Age moyen (années)	48,5	
	durée moyenne de consultation (mn)	13,9	
18ème	Total	13	
	hommes	6	46,2%
	femmes	7	53,8%
	Age moyen (années)	56,3	
	durée moyenne de consultation (mn)	12,8	
19ème	Total	15	
	hommes	6	40,0%
	femmes	9	60,0%
	Age moyen (années)	42,8	
	durée moyenne de consultation (mn)	15,3	

Tableau n° 5 : caractéristiques de la population étudiée

Les médecins du 19^e arrondissement sont plus jeunes par rapport aux médecins des 15^e et 18^e arrondissements, $p=0,014$.

Les médecins du 18^e arrondissement sont plus vieux par rapport aux médecins des 15^e et 19^e arrondissements, $p=0,008$.

Tous les résultats sont disponibles en annexe (annexe n° 11, p. 90-95).

Les résultats de la thèse conduite par Mlle Soussan sont disponibles en annexe (annexe n° 14, p. 100-101).

II. Description de la consultation

15 médecins ont réalisé un examen clinique qui comprenait :

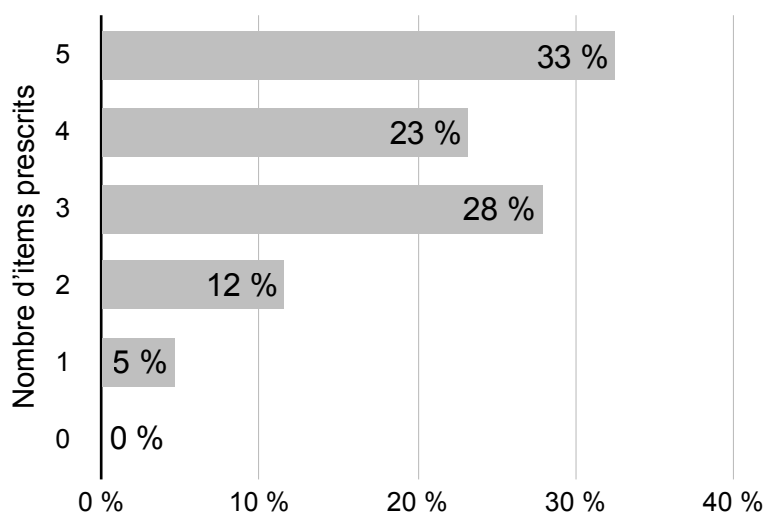
- la prise de la pression artérielle dans 15 cas ;
- une palpation abdominale dans 6 cas ;
- une auscultation cardiaque dans 5 cas ;
- une auscultation pulmonaire dans 3 cas ;
- la mesure du poids dans 4 cas ;
- aucun examen gynécologique.

37 médecins ont réalisé un interrogatoire pour demander les antécédents médicaux et chirurgicaux, soit 86 %.

Ils n'ont jamais démasqué la patiente standardisée.

III. Critère de jugement principal

14 médecins sur 43 ont remis à la patiente les cinq items préalablement définis (courrier de première consultation, beta hCG, échographie, groupe sanguin, adressage), soit 33 %, avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 19 % et 47 %.

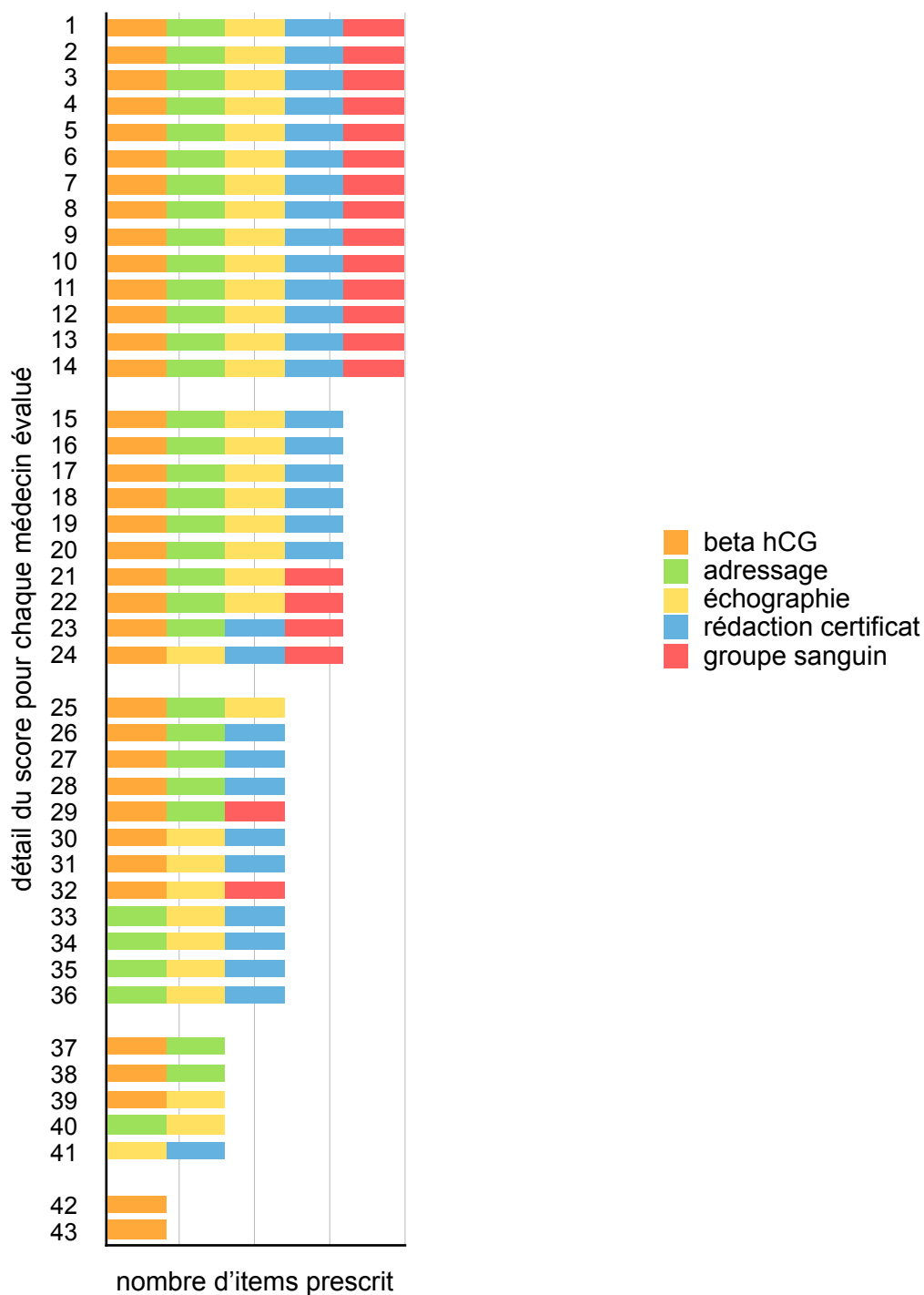


Graphique n° 6 : répartition du score IVG (nombre d'items)

Dans 84 % des cas, la patiente standardisée a quitté la consultation avec au moins 3 items parmi les 5 pré-définis.

Tous les médecins évalués ont remis au moins une prescription à la patiente.

Le graphique n° 7, ci-dessous, illustre le détail des prescriptions pour chacun des quarante-trois médecins évalués.



Graphique n° 7 : détail du score IVG pour chaque médecin

Lecture du graphique n° 7 :

Dix médecins (23 %) ont prescrit quatre items sur cinq :

- le groupe sanguin manquait dans six cas ;
- le certificat manquait dans deux cas ;
- l'adressage manquait dans un cas ;
- l'échographie manquait dans un cas.

Douze médecins (28 %) ont prescrit trois items sur cinq :

- le groupe sanguin manquait dans dix cas ;
- le certificat manquait dans trois cas ;
- l'adressage manquait dans trois cas ;
- l'échographie manquait dans quatre cas.

Chez les médecins avec un score d'efficacité à 3, l'association de prescription la plus retrouvée est certificat+échographie+adressage.

Cinq médecins (12 %) ont prescrit deux items sur cinq.

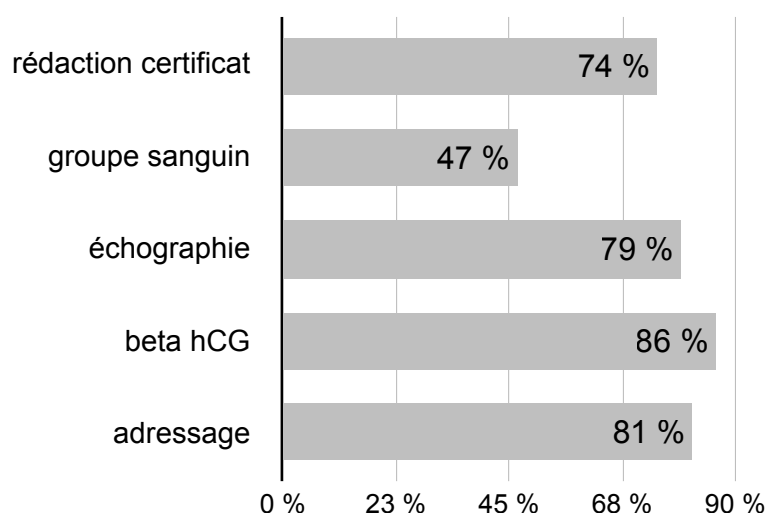
Lorsqu'un seul item était prescrit, il s'agissait toujours d'un dosage de beta hCG.

IV. Critères de jugement secondaires

1. Prévalence de la clause de conscience

1 seul médecin, sur les 43 visités, a eu recours à la clause de conscience, soit 2 %.

2. Prévalence des cinq items du CJP



Graphique n° 8 : prévalence des 5 items du CJP

a) Rédaction du certificat

32 médecins évalués ont rédigé le certificat de première consultation de demande d'IVG, soit 74 %.

11 n'ont pas rédigé de certificat.

b) Prescription de beta hCG

37 médecins évalués ont remis à la patiente une ordonnance pour un dosage plasmatique de beta hCG, soit 86 %.

c) Prescription d'échographie

34 médecins ont remis à la patiente standardisée une ordonnance pour une échographie, soit 79 %.

22 ont prescrit une échographie simple (obstétricale ou pelvienne), soit 51 %.

12 ont mentionné le contexte d'IVG sur l'ordonnance, soit 28 %.

d) Prescription du groupe sanguin

20 médecins ont remis une ordonnance à la patiente standardisée pour détermination du groupe sanguin, soit 47 %.

e) Adressage

35 médecins ont réalisé un adressage précis (remises de coordonnées téléphoniques et d'une adresse), soit 81 %.

13 médecins ont adressé la patiente standardisée vers un collègue libéral réalisant des IVG médicamenteuses, soit 30 %.

25 médecins ont adressé la patiente standardisée vers une structure de type CIVG, soit 58 %.

3 médecins ont réalisé un double adressage, à la fois vers un collègue libéral et vers une structure hospitalière.

3. Explications données sur les méthodes

9 médecins n'abordent aucune méthode.

12 évoquent uniquement la méthode médicamenteuse.

22 délivrent des informations sur les 2 méthodes (médicamenteuse et chirurgicale), soit 51 %.

Aucun médecin n'a évoqué l'anesthésie locale.

4. Délai d'accès à l'IVG

Le délai était calculé après chaque consultation standardisée. Il s'agissait du délai entre la consultation simulée et le rendez-vous obtenu auprès de la structure contactée (professionnel libéral ou structure hospitalière). Dans le cas où la structure n'était pas joignable le jour de la fausse consultation, le délai retenu était celui entre notre appel téléphonique et le rendez-vous obtenu.

Le délai moyen était de 5,2 jours (minimum 1 jour, maximum 7 jours).

Le calcul est fait sur 33 médecins. En effet, 8 médecins n'ont pas réalisé d'adressage ce qui constitue des données manquantes pour le calcul du délai. Un médecin a réalisé un adressage vers un professionnel libéral répertorié sur ivglesadresses.org

mais totalement injoignable par téléphone, rendant impossible la prise d'un rendez-vous. Un médecin a donné le nom d'un professionnel introuvable dans l'annuaire.

5. Connaissance du site ivglesadresses.org

4 médecins sur 37 interrogés par téléphone ont connaissance du site ivglesadresses.org, soit 10 %.

6. Correspondant libéral pour l'IVG

23 médecins déclarent par téléphone avoir un correspondant libéral pour l'IVG, alors qu'en pratique, seulement 13 nous ont adressées vers un collègue libéral.

7. Bienveillance

L'échelle de bienveillance est disponible en annexe.

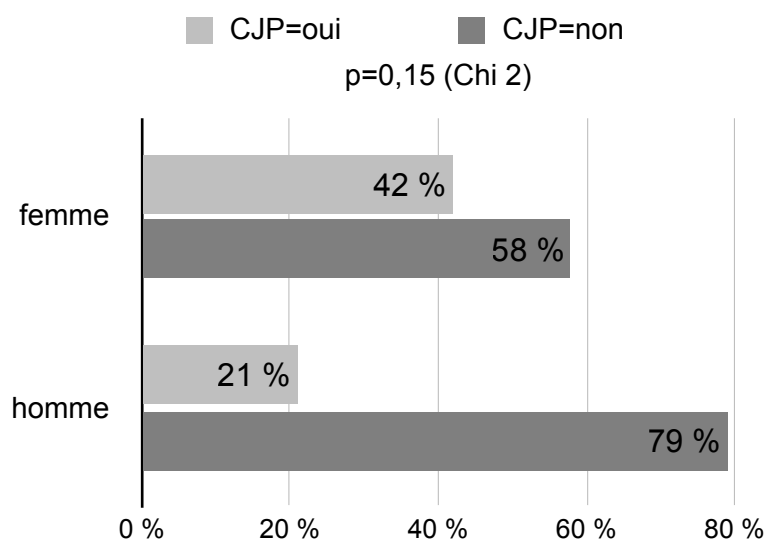
Elle comprend 5 niveaux, de 0 (propos anti-IVG) à 4 (empathie, non culpabilisant).

Le score moyen de bienveillance est de 2,8.

V. Comparaisons selon les caractéristiques des médecins consultés

1. Comparaisons selon le sexe

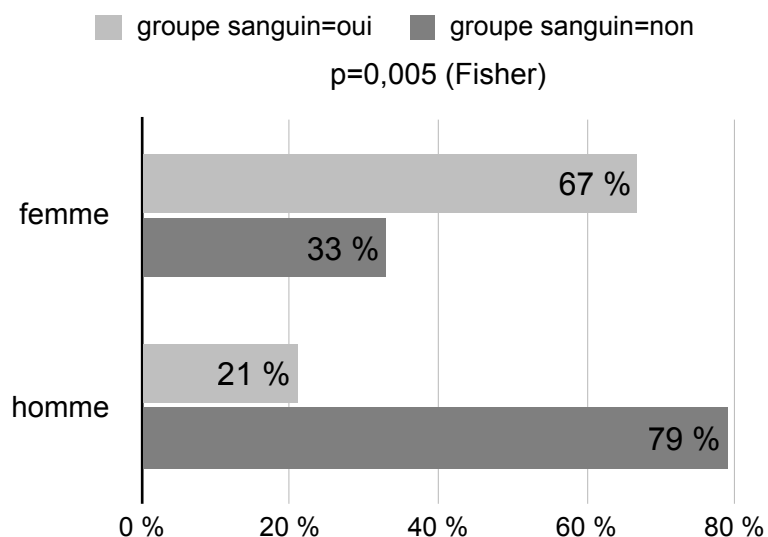
a) Comparaison sur le CJP



Graphique n° 9 : CJP en fonction du sexe

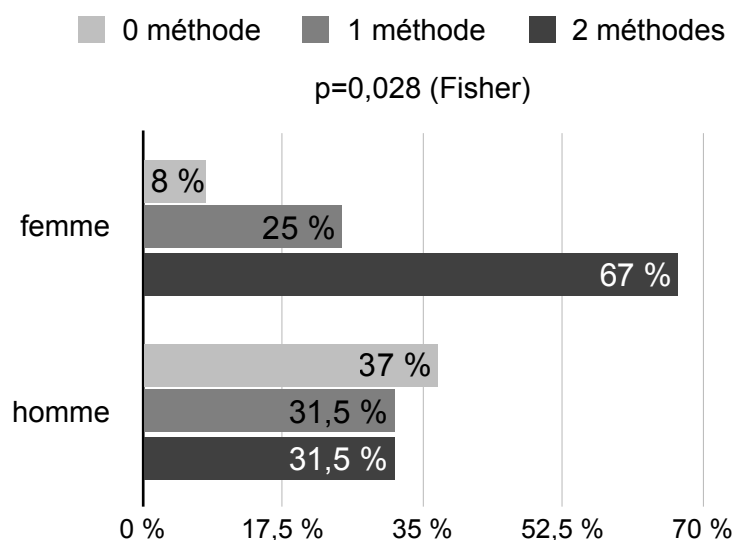
Il y a une différence de répartition du CJP selon le sexe, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

b) Comparaisons sur les critères de jugement secondaires



Graphique n° 10 : groupe sanguin en fonction du sexe

De façon statistiquement significative, les femmes de l'étude ont plus souvent prescrit la détermination du groupe sanguin.



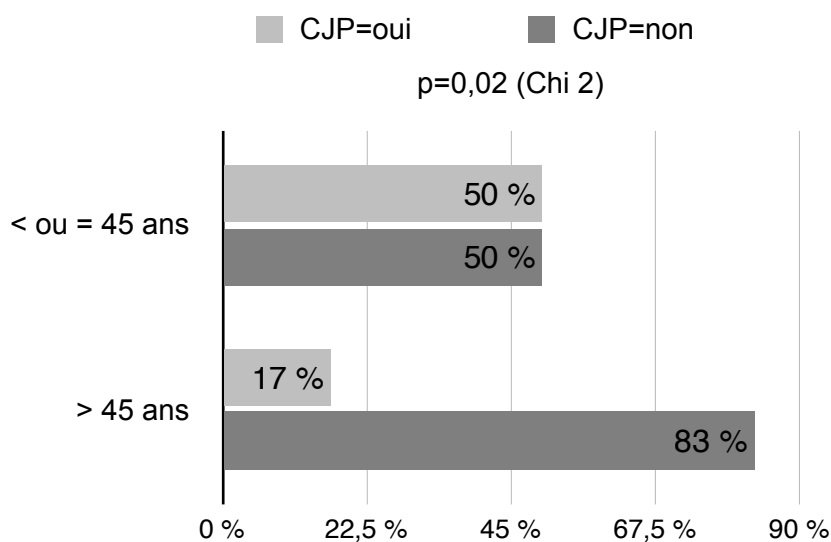
Graphique n° 11 : counseling en fonction du sexe

De façon statistiquement significative, les femmes ont plus pris le temps d'expliquer les différentes méthodes possibles pour réaliser l'IVG.

Les autres critères de jugement secondaires évalués en fonction du sexe sont non significatifs et sont disponibles en annexe (p. 91).

2. Comparaisons selon l'âge

a) Comparaison sur le CJP

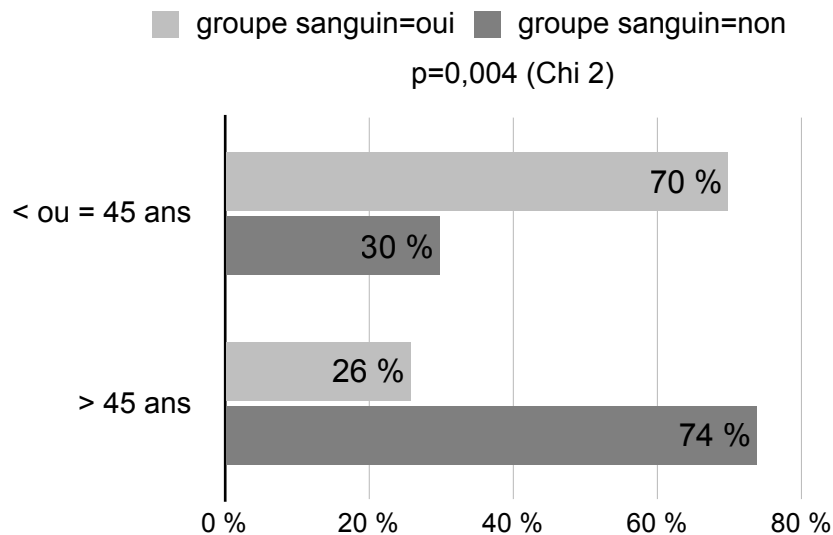


Graphique n° 12 : CJP en fonction de l'âge

Les médecins âgés de moins de 45 ans sont plus efficaces face à une demande d'IVG par rapport à leurs confrères plus âgés, de façon statistiquement significative.

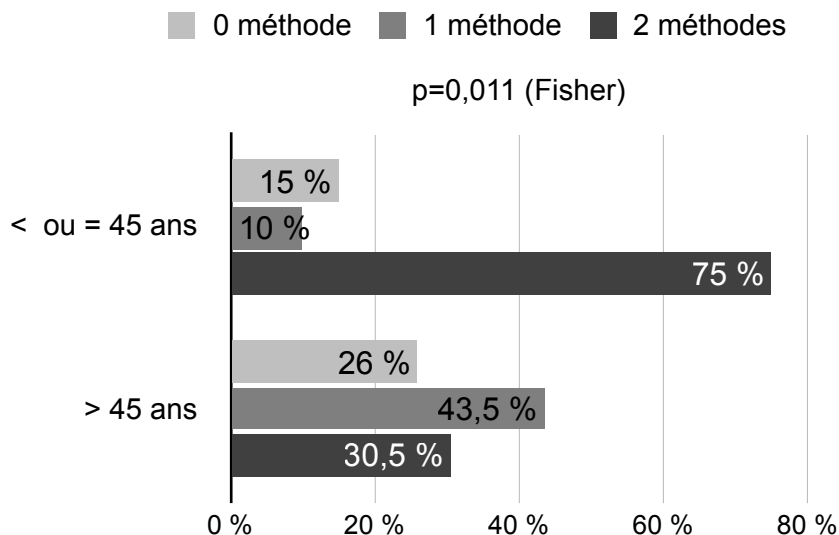
b) Comparaisons sur les critères de jugement secondaires

Dans les critères de jugement secondaire, la prescription du groupe sanguin est influencée par l'âge. Les médecins âgés de moins de 45 ans prescrivent plus souvent un groupe sanguin que les médecins âgés de plus de 45 ans.



Graphique n° 13 : groupe sanguin en fonction de l'âge

De même, le *counseling* sur les méthodes d'IVG est lié à l'âge. 75 % des moins de 45 ans donnent des explications sur les 2 méthodes d'IVG.

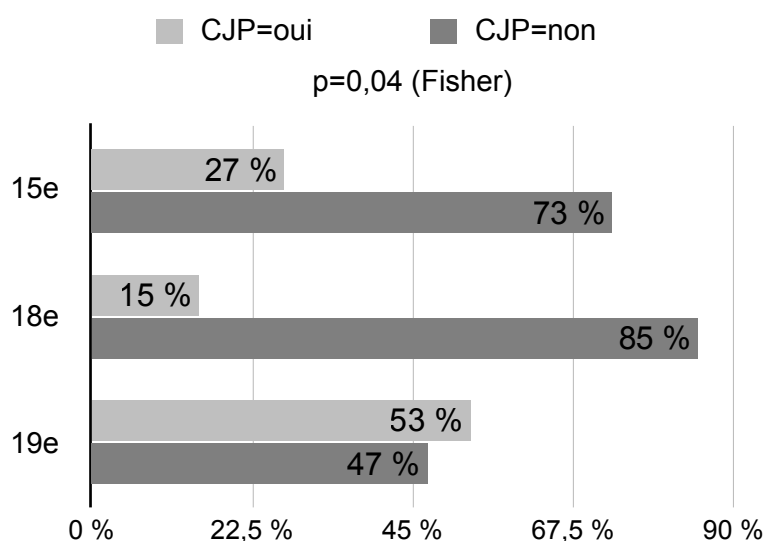


Graphique n° 14 : *counseling* en fonction de l'âge

Pour les autres critères de jugement secondaires, l'âge n'a pas d'influence statistiquement significative (résultats disponibles en annexe p. 92).

3. Comparaisons selon l'arrondissement

a) Comparaison sur le critère de jugement principal



Graphique n° 15 : CJP en fonction de l'arrondissement

Il existe une différence statistiquement significative ($p=0,04$).

Il y a plus de médecins ayant le CJP dans le 19^e arrondissement que dans les autres arrondissements.

Entre le 18^e arrondissement versus les 15^e et 19^e, il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0,16$).

Entre le 15^e arrondissement versus les 18^e et 19^e, il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0,73$).

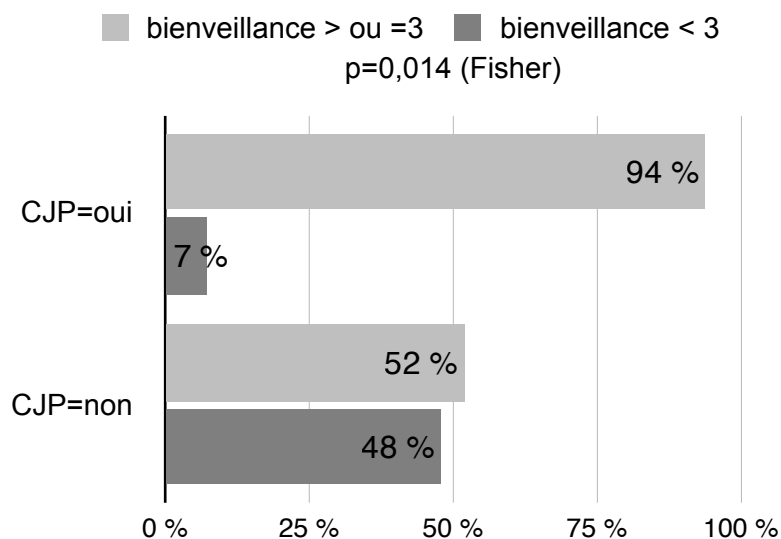
Les détails du score d'efficacité IVG par arrondissement sont disponibles en annexe (p. 93).

b) Comparaisons sur les critères de jugement secondaires

Les résultats sont non significatifs et disponibles en annexe (p. 94).

4. Comparaisons selon la bienveillance

a) Comparaison sur le CJP



Graphique n° 16 : CJP en fonction de la bienveillance

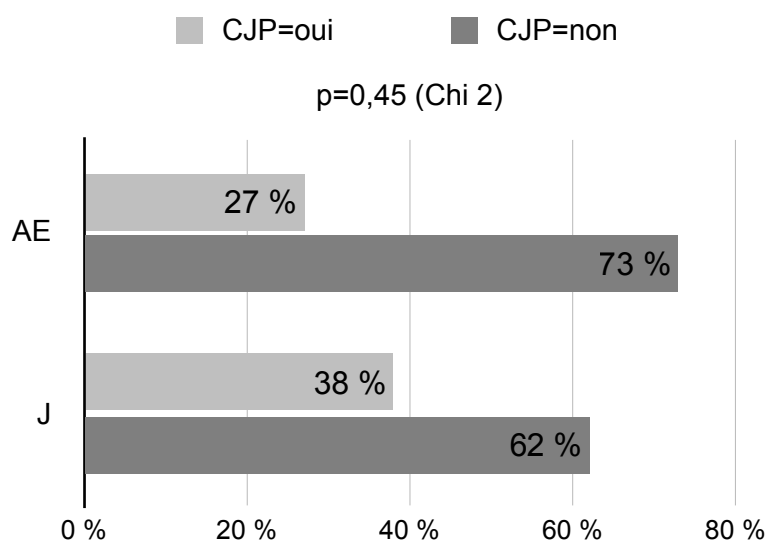
94 % des médecins ayant le CJP ont un score de bienveillance supérieur à 3.
Cette association entre efficacité dans le parcours d'IVG et bienveillance est statistiquement significative.

b) Comparaisons les critères de jugement secondaires

Ces calculs n'ont pas été effectués car ils ne sont pas pertinents sur le plan clinique.

VI. Comparaisons selon la patiente standardisée

1. Comparaison sur le CJP



Graphique n° 17 : CJP en fonction de la patiente standardisée

Nous avons débuté les visites simulées en même temps.

J'ai réalisé 22 visites et Jennifer a effectué 21 visites.

Parmi les 21 praticiens visités par Jennifer, 8 ont le CJP.

Parmi mes 22 visites, 6 ont rempli le CJP.

On n'observe donc pas de différence entre les deux patientes standardisées pour la proportion de CJP.

2. Comparaisons sur les critères de jugement secondaires

Ces calculs n'ont pas été effectués car ils n'ont pas d'intérêt sur le plan pratique.

Toutefois, les répartitions de chaque critère selon la patiente standardisée sont disponibles en annexe (p. 95).

DISCUSSION

I. Le résultat principal et son implication majeure

14 médecins ont rempli le CJP, soit 33 % de l'échantillon. Ils ont remis à la patiente standardisée l'ensemble des 5 items requis, garantissant ainsi avec certitude le choix de la méthode et l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile.

Sur un échantillon de médecins généralistes sélectionnés au hasard, 33 % répondent parfaitement à une demande d'IVG.

Pour les 43 médecins consultés, le délai de rendez-vous auprès des généralistes était compris entre 0 et 5 jours au maximum. Certains médecins généralistes assurant des plages de consultation libre, cela permettait d'avoir une consultation le jour même. En conséquence, le délai de premier rendez-vous inférieur à 5 jours, préconisé par la HAS [31], est rempli par les généralistes de l'étude.

28 médecins ont prescrit l'association certificat de première consultation et échographie, soit 65 %.

Cela semble être l'association minimale requise pour permettre à une patiente d'accéder à l'IVG (ouverture du délai de réflexion et datation précise de la grossesse). Plusieurs des CIVG contactés pendant la thèse (Lariboisière, IMM) nous ont confirmé qu'ils ne donnaient de rendez-vous qu'aux patientes en possession de ces documents. 2/3 des médecins généralistes consultés ont donc un socle de connaissance solide pour aider les patientes en demande d'IVG.

Un objectif de santé publique envisageable serait d'augmenter la proportion de généralistes prescrivant cette association.

Par ailleurs, il existe des marges de progrès notables, principalement sur la prescription du groupe sanguin qui fait encore défaut, sur l'adressage, encore majoritairement hospitalier et enfin sur la connaissance des outils en ligne.

L'oubli du groupe sanguin peut sembler anodin mais, en cas d'adressage en ville, son absence peut reporter la prise de la mifégyne.

Le déficit d'adressage en ville peut constituer une perte de chance pour les patientes avec une limitation des options disponibles. En effet, les délais de rendez-vous en établissement hospitalier sont parfois plus longs qu'auprès des médecins libéraux.

Dans son rapport sur l'accès à l'IVG dans les territoires [17], le HCEfh a identifié la problématique d'entrée dans le parcours d'IVG : « Les femmes ne savent alors pas vers qui se tourner pour obtenir l'attestation de premier rendez-vous (alors même que leur généraliste pourrait leur remettre) ».

Le HCEfh propose d'y répondre en agissant à l'échelon régional : « Chaque ARS se doit de s'assurer de la bonne diffusion et de l'accessibilité de ces informations sur son territoire ».

Capables d'apporter une réponse rapide et efficace, les généralistes représentent un premier maillon essentiel dans l'accès à l'IVG. On peut donc déplorer l'absence de mesures concrètes pour mieux les inclure dans le parcours de soins.

II. Les forces et les faiblesses de l'étude

1. Points forts

a) Utilisation de la méthode du patient standardisé

L'évaluation de la qualité des soins repose sur la comparaison d'une pratique réelle à une pratique idéale définie par un référentiel. La méthode du patient standardisé permet de confronter la pratique réellement observée à la pratique idéale, à l'inverse des questionnaires qui favorisent un biais de déclaration (on peut idéaliser sa pratique face à un questionnaire).

La discordance entre le nombre d'adressages réels vers un professionnel libéral (n=13) et le nombre de praticiens déclarant avoir un référent libéral pour l'IVG (n=23) illustre parfaitement ce biais déclaratif.

Notre étude confirme l'objectivité de cette méthode mais également sa faisabilité. De plus, malgré les réticences initiales à l'inclusion, il convient de souligner l'acceptabilité de cette méthode par les médecins.

b) Étude menée sur plusieurs arrondissements

Menée sur trois arrondissements différents, notre étude a permis d'évaluer différents réseaux de soins et différentes pratiques de soins. L'opposition que nous imaginions entre 15^e versus 18^e et 19^e arrondissements s'est avérée.

Les médecins du 18^e sont les plus âgés. Ils sont plus difficiles à joindre par téléphone, les salles d'attente sont remplies et les délais d'attente souvent très longs

(jusqu'à trois heures en salle d'attente). Ils ont rarement une secrétaire, et ont un temps de consultation moyen plus court.

En tant que patiente standardisée, j'ai vraiment ressenti la différence de prise en charge en fonction des arrondissements. Je me suis sentie globalement plus écoutée dans les 19^e et 15^e arrondissements, car les médecins avaient plus de temps, et étaient moins souvent interrompus par le téléphone pendant les consultations.

L'étude par arrondissement a conduit à la production d'un support de consultation adapté à chaque secteur, avec réalisation d'une cartographie précise de l'offre d'IVG par arrondissement, à la fois libérale et hospitalière (outil disponible en annexe p. 98-99).

c) Répartition égale des visites

Les consultations standardisées se répartissent à part égale entre les 2 fausses patientes.

Les analyses statistiques ne retrouvent pas d'influence de la patiente standardisée sur le critère de jugement principal.

Cela constitue un gage de qualité de notre étude.

2. Points faibles

a) Petite taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon des médecins généralistes évalués est faible (n=43) par rapport aux autres travaux menés avec des questionnaires et portant sur des populations allant du double au triple.[34,38]

Ce faible échantillon est en grande partie lié à l'inconvénient majeur de la méthode employée, qui réside en son coût financier. Il tient au financement de toutes les consultations effectuées. Aucune feuille de soins n'a été envoyée à la Sécurité Sociale, et toutes ont été soigneusement détruites.

Soulignons toutefois que nous avons inclus plus de médecins que dans les études précédentes utilisant la méthode du patient standardisé, qui évaluaient trente médecins au maximum [50,51]. Nous avons donc obtenu quelques résultats statistiquement significatifs.

b) Biais de recrutement

Le recrutement des médecins généralistes a nécessité leur accord préalable. Ils acceptaient de recevoir dans l'année 2014 un patient standardisé pour un problème fréquemment rencontré en médecine générale. Ils ne savaient pas que l'étude portait sur une demande d'IVG.

Ce biais de sélection a pu influencer les résultats de notre étude, dans la mesure où il suggère que les médecins ayant accepté d'y participer ont pu déjà être sensibilisés au concept d'évaluation des pratiques, ont peut-être déjà participé à d'autres évaluations, savent remettre en question leurs pratiques et participent peut-être davantage à des formations médicales.

Cela a donc pu potentialiser nos résultats.

c) Critère de jugement principal composite non validé

Le critère de jugement principal n'est pas une variable unique. Il s'agit de l'association de plusieurs variables ; association qui nous a semblé pertinente pour juger de l'accès à l'IVG mais qui n'est pas un critère validé par des instances officielles.

De plus, notre choix d'attribuer le même poids à chaque variable du score est critiquable. En effet, prescrire l'échographie de datation et réaliser le certificat permet un meilleur accès à l'IVG que prescrire l'association beta hCG et groupe sanguin.

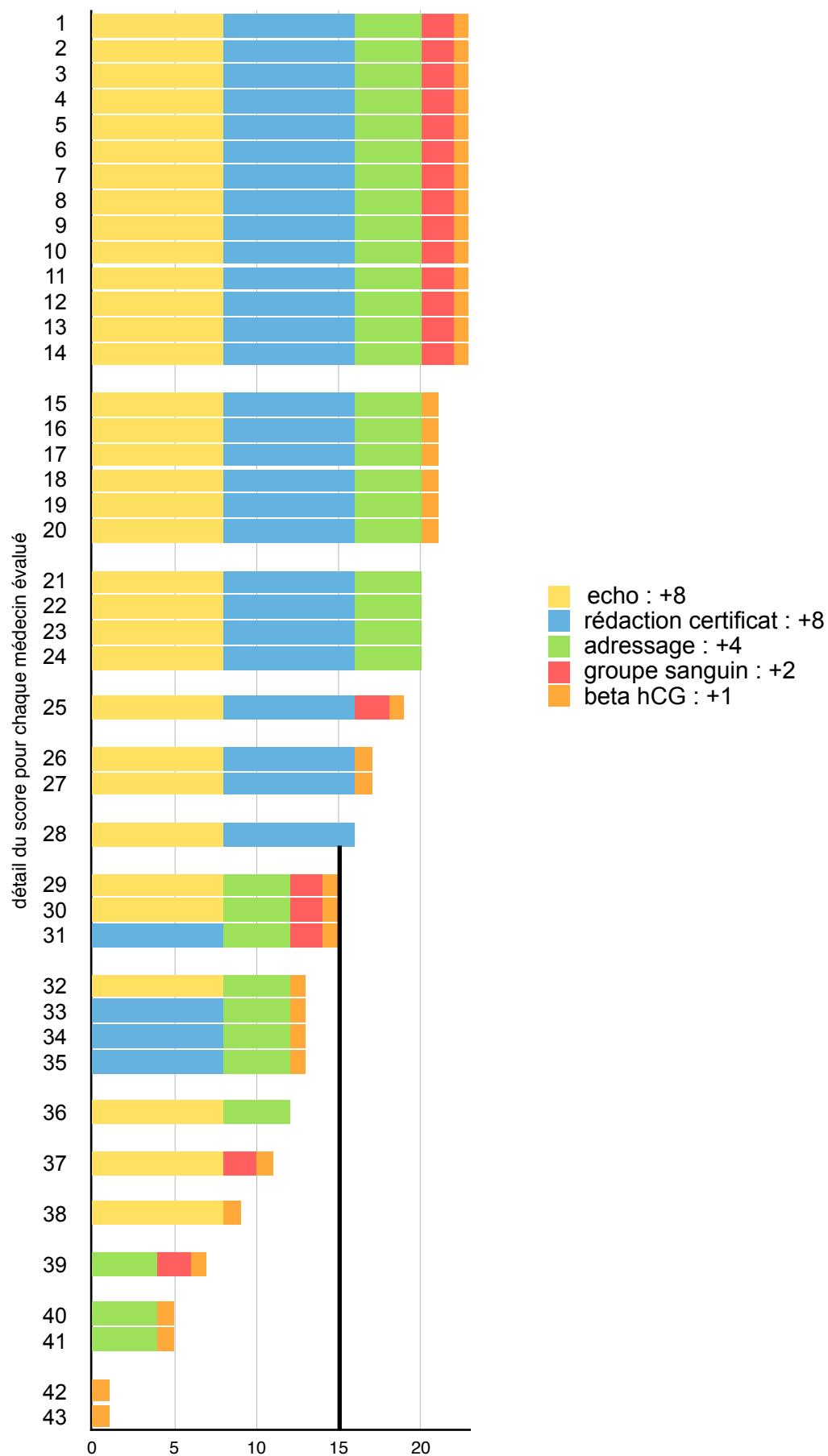
Hors, avec notre premier score, ces deux attitudes obtiennent chacune 2 points.

Nous avons donc établi secondairement un score d'efficacité IVG pondéré, en attribuant plus de poids aux variables les plus utiles, score illustré ci-après dans le graphique n° 18.

La prescription de l'échographie et du certificat obtiennent chacune 8 points. L'adressage se voit attribuer 4 points, la prescription du groupe sanguin 2 points et celle de beta hCG 1 point. Le score maximal est donc de 23 points.

Le socle de prescription minimale (certificat+échographie), évoqué p. 57 et figuré en jaune et bleu sur le graphique qui suit, vaut 16 points. Cette association a ainsi plus de poids que les trois variables restantes.

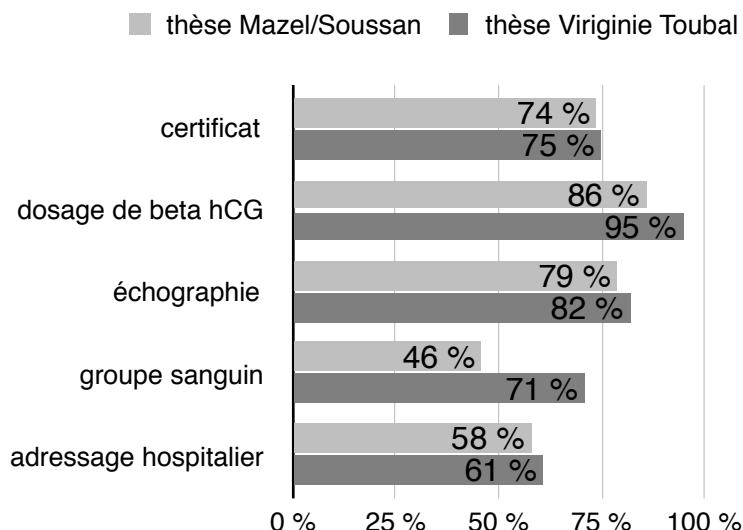
En dessous de 15 points, on peut considérer qu'il y a une probable perte de chance dans le choix de la méthode.



Graphique n° 18 : score IVG pondéré

III. Cohérence avec les données disponibles

Les résultats de notre travail sont confortés par la thèse soutenue en 2013 par Virginie Toubal. [38]



Graphique n° 19 : comparatif thèses Toubal / Mazel-Soussan

Le graphique n° 19 compare les résultats obtenus dans nos thèses respectives. Les données du Dr Toubal ont été obtenues via un questionnaire déclaratif envoyé à 119 médecins d'Île-de-France.

La seule variable discordante est la prescription de groupe sanguin, ce qui illustre de nouveau le biais déclaratif présent dans les questionnaires. Dire que l'on connaît une recommandation et déclarer qu'on la suit ne signifie donc pas qu'on l'applique en pratique quotidienne.

IV. Hypothèses concernant l'interprétation des résultats

1. Un parcours de soins dominé par les structures hospitalières

La patiente standardisée de l'étude était une candidate idéale pour l'IVG médicamenteuse en ville. En effet, elle ne présentait aucune contre-indication à la méthode et était dans les délais requis.

Pourtant, seuls treize médecins ont adressé directement la patiente standardisée vers un collègue libéral réalisant des IVG médicamenteuses, soit 30 %.

Bien évidemment, la patiente pouvait bénéficier de la méthode médicamenteuse si elle était adressée vers un CIVG hospitalier. Mais les délais de rendez-vous sont plus longs en CIVG que chez un médecin de ville (en moyenne 6 jours contre parfois 2 jours dans notre étude). Cette différence entre médecine de ville et CIVG s'explique par :

- la fermeture et le regroupement de structures, créant des engorgements au sein des CIVG restants ;
- des horaires d'ouvertures limités dans les CIVG ;
- des présences médicales moins importantes dans les CIVG.

Il y a donc une prédominance de l'envoi en structure hospitalière, 10 ans après l'autorisation des IVG en ville.

On peut formuler plusieurs hypothèses :

- méconnaissance persistante de cette possibilité de l'IVG en ville ;
- déplacement de la problématique vers les CIVG, les médecins pensant que ces structures vont tout gérer seules ;
- difficulté pour certains généralistes d'adresser à un autre généraliste par peur de la perte ou de la comparaison.

2. Un accès à l'IVG facilité par les médecins du 19^e arrondissement

De façon statistiquement significative ($p=0,04$), les médecins du 19^e arrondissement permettent un accès facilité à l'IVG. Sur les 14 médecins remplissant le CJP, huit sont installés dans le 19^e arrondissement.

Les médecins du 19^e arrondissement sont plus jeunes que dans les autres arrondissements ($p=0,014$). Leur moyenne d'âge est de 42,8 ans, contre 48,5 ans dans le 15^e arrondissement et 56,3 ans dans le 18^e arrondissement.

De façon plus générale, l'accès à l'IVG est favorisé par les médecins plus jeunes (CJP statistiquement significatif chez les médecins de moins de 45 ans).

En outre, le 19^e arrondissement est un territoire ne disposant pas d'une structure hospitalière assurant une prise en charge satisfaisante de l'IVG. L'hôpital Robert Debré est l'établissement de santé présent sur l'arrondissement. Doté d'une maternité de niveau 3 et de lits d'hospitalisation de gynécologie-obstétrique, cet établissement est tenu par la loi d'assurer l'activité d'IVG. [10]

Comme je l'ai montré dans la partie Contexte et Objectifs II.2.a, cette activité est minimale avec, pour l'année 2013 :

- 106 IVG chirurgicales, uniquement sous AG ;
- des IVG médicamenteuses réservées aux patientes mineures domiciliées dans l'arrondissement.

Cette carence au niveau de l'offre hospitalière peut éventuellement expliquer que les médecins de ce territoire aient développé une réflexion sur l'IVG et sur le meilleur endroit pour adresser leurs patientes.

40 % des médecins du 19^e arrondissement réalisent un adressage vers un confrère libéral, contre 20 % dans le 15^e et 31 % dans le 18^e (cf. annexe p. 94). Compte tenu de notre faible échantillon, nous n'avons pas pu montrer de différence statistiquement significative entre les 3 arrondissements.

Il serait intéressant de mener l'étude sur une plus grande population afin de pouvoir vérifier cette hypothèse : une carence de l'offre de soins hospitalière entraîne-t-elle un développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans le secteur concerné ?

3. L'IVG, un acte de soins comme un autre

Parmi les points positifs de ce travail, je retiendrai la très faible prévalence de la clause de conscience parmi les médecins consultés.

Un seul médecin y a eu recours, et de façon détournée. Il n'a pas clairement formulé sa clause de conscience mais a tenu des propos très culpabilisants et, par son absence de prescription utile, a représenté un obstacle très net dans l'accès à l'IVG.

En revanche, il m'a semblé que pour tous les autres praticiens consultés, l'IVG était une situation de soins ordinaire.

4. Le déficit de prescription du groupe sanguin

Il y a un déficit de prescription du groupe sanguin dans le contexte d'IVG. Seuls 46 % des médecins de l'étude réalisent cette prescription.

Dans notre étude, le groupe sanguin a été plus prescrit par les médecins femmes et les médecins âgés de moins de 45 ans.

Les médecins femmes, de par leur expérience personnelle (maternité ou IVG), seraient-elles plus à même de penser à la prescription du groupe sanguin ?

Concernant l'âge, une des hypothèse pouvant expliquer ce phénomène est la mise en place de l'examen classant national (ECN) en 2004.

Depuis 2004, tous les futurs médecins généralistes passent l'ECN et effectuent un internat, comprenant de façon obligatoire un stage dit de « pôle mère-enfant » (stage de 6 mois dans un service de gynécologie ou de pédiatrie). Ce contact obligatoire avec les services de gynécologie, et donc avec des situations d'IVG, peut en partie expliquer la meilleure connaissance des examens requis pour réaliser une IVG.

J'ai par ailleurs consulté les livres de préparation à l'ECN (type Inter mémo® et dossiers cliniques d'entraînement) et il ressort que l'oubli de la prescription du groupe sanguin lors d'une demande d'IVG est un PMZ. Le PMZ, pour « pas mis zéro », est un acronyme bien connu des étudiants en médecine, qui les alerte sur des connaissances à mémoriser absolument pour l'examen, ainsi que pour leur pratique ultérieure.

V. Les changements à proposer

Ce travail de recherche s'inscrit dans une volonté d'amélioration de l'accès aux soins pour les patientes en demande d'IVG, en identifiant les points de progrès possibles dans la prise en charge effectuée **par les médecins généralistes**.

La rédaction de cette thèse s'est faite tout au long de l'année 2014, année riche en propositions de loi et en avancées dans le domaine de l'IVG en France. [3,4,29]

Différentes mesures, annoncées en janvier 2015 par la ministre de la santé Mme Marisol Touraine, vont permettre un meilleur accès à l'IVG :

- en augmentant le nombre de professionnels habilités à réaliser des IVG, via l'ouverture de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes ;
- en élargissant l'accès à l'AL, réalisable hors établissement de santé ;

- et en diminuant le frein financier représenté par l'avance des frais des examens pré-IVG non inclus dans le forfait.

Toutefois, elles ne résolvent pas tous les problèmes et on peut déplorer l'absence de mesures concernant directement les médecins généralistes.

Voici plusieurs réflexions sur les changements envisageables afin d'intégrer au maximum les généralistes comme premier recours pertinent dans une démarche d'IVG.

1. Amélioration de l'enseignement sur l'IVG

« L'interruption volontaire de grossesse, légale en France depuis 1975, **reste toujours un problème de santé publique** (...). Cet acte médical n'est jamais anodin pour la femme, tant d'un point de vue médico-chirurgical que psychologique (...). Le **traumatisme psychique subi** par la patiente est très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle mais aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG. » [56]

Voilà des extraits du cours officiel du collège des enseignants de gynécologie obstétrique (CNGOF), cours servant de référence à tous les étudiants en médecine français de second cycle qui préparent l'ECN.

Qualifier l'IVG de problème de santé publique est un choix sémantique discutable, et peut-être serait-il plus pertinent de parler des grossesses non prévues qui représentent un potentiel problème de santé publique.

L'expression « traumatisme psychique » est exagérée et ne repose pas sur des preuves scientifiques. Des études ont démontré l'absence de séquelles psychologiques imputables uniquement à l'IVG [57,58]. L'utilisation de cette expression n'a, à mon sens, pas sa place dans un cours de médecine qui doit en premier lieu se baser sur des faits.

À l'heure où le gouvernement présente de nombreuses mesures en faveur d'un meilleur accès à l'IVG, aucune ne concerne la révision ni l'amélioration des enseignements délivrés aux futurs médecins français.

« L'IVG n'est pas un problème, c'est une solution à une situation problématique : une grossesse non désirée » serait une formule envisageable pour remplacer le texte existant. L'amélioration de l'accès à l'IVG ne sera pas complète sans une réforme du contenu pédagogique.

2. Informez les patientes sur le rôle des généralistes

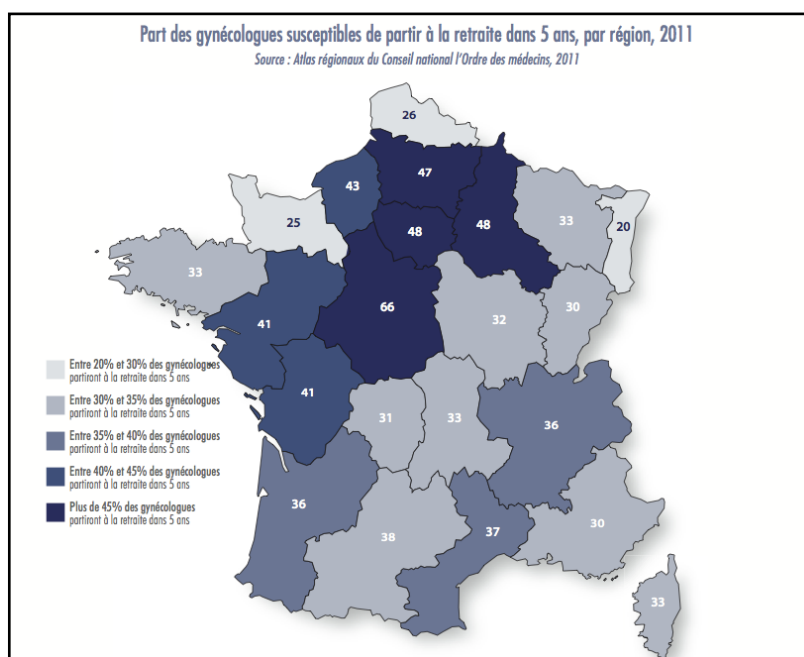
Lors de mes stages en médecine de ville ou lors de mes remplacements, j'ai, à plusieurs reprises, constaté la méconnaissance des compétences du médecin généraliste par les patients. « Vous avez le droit de me prescrire la pilule ? », « Vous savez faire un examen gynécologique ? », sont des phrases que j'entends régulièrement en consultation.

Une thèse, réalisée en 2014, a étudié les facteurs déterminants le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [59]. Parfois perçu comme un professionnel moins compétent en gynécologie par les patientes interrogées, le recours au médecin généraliste peut, dans certains cas, se faire par défaut, alors qu'il devrait être envisagé comme un premier recours efficace.

Notre étude le montre : des généralistes choisis au hasard répondent de façon pertinente et efficace à une demande d'IVG. Bien identifier les généralistes comme des interlocuteurs potentiels est donc crucial.

Tant que le délai de réflexion de 7 jours reste obligatoire, et impose la production d'un certificat de première consultation par un médecin, il est impératif qu'un maximum de patientes connaissent la possibilité de se rendre chez un généraliste.

De plus, le départ à la retraite d'un grand nombre de gynécologues médicaux va entraîner une augmentation des demandes de consultation gynécologique chez les généralistes.



Carte n° 2 : part des gynécologues partant à la retraite dans 5 ans (2011)

Comme le montre la carte n° 2, établie en 2011 par le HCEfh, plusieurs régions devront faire face à de nombreux départs à la retraite de gynécologues médicaux dans les 5 prochaines années. Ainsi, 48 % des gynécologues médicaux franciliens seront à la retraite en 2016.

Bientôt, les généralistes ne travailleront plus à côté des gynécologues médicaux mais parfois à leur place, notamment pour les suivis simples (réalisation des FCV, prescription de contraception, suivi de grossesse non pathologique).

Comment les pouvoirs publics peuvent-ils améliorer la communication sur le rôle tenu par les généralistes ?

Jusqu'à présent, il est fait mention des généralistes de façon assez discrète sur les sites d'information en ligne. Seul le site du REVHO, ivglesadresses.org, mentionne clairement le médecin traitant comme premier recours dans le parcours d'IVG.

Je suis enceinte et je ne souhaite pas garder cette grossesse. Quelles sont les démarches ?

1. La première consultation

Je prends rapidement rendez-vous avec :

Mon médecin traitant un centre de santé ou un CPEF si je sais qu'il pratique des IVG ou qu'il peut m'orienter vers l'hôpital.

→ **N'hésitez pas à prendre RDV même si votre décision n'est pas sûre à 100%, Les délais de prise de RDV sont longs et le temps limité.**

Capture d'écran n° 1 : site ivglesadresses.org

Sur le site du gouvernement, ivg.gouv.fr, on peut regretter que sur la page d'accueil, il ne soit pas fait référence aux médecins libéraux (gynécologues ou généralistes).

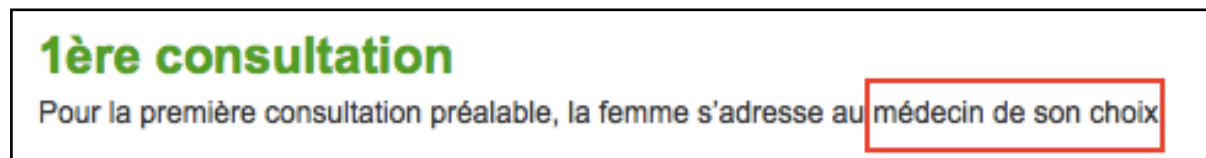
Où s'informer ?

Pour vous informer sur les démarches à réaliser pour accéder à une interruption volontaire de grossesse, sur le déroulement de l'intervention, sur la contraception après une IVG, vous pouvez vous adresser aux types de structures suivantes :

- Les permanences téléphoniques régionales d'information sur la contraception et l'IVG
- Les centres de planification ou d'éducation familiale
- Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial

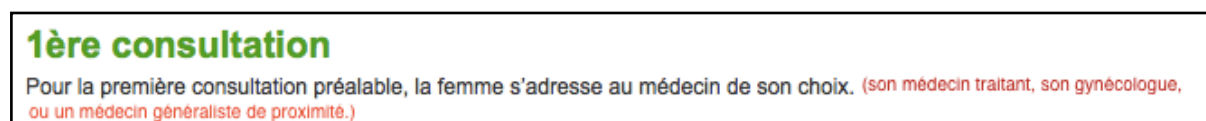
Capture d'écran n° 2 : page d'accueil du site ivg.gouv.fr

Il faut se rendre dans la rubrique « IVG en pratique » puis dans la section « consultations médicales préalables » pour trouver une mention concernant les médecins.



Capture d'écran n° 3 : site ivg.gouv.fr

Je propose l'amélioration suivante :



Capture d'écran n° 4 : site ivg.gouv.fr modifié

Enfin, sur le site du mouvement français pour le planning familial (MFPF), jamais les généralistes ne sont évoqués.

Je formule donc deux propositions :

- augmenter la visibilité des généralistes sur les sites internet dédiés à l'IVG ;
- réaliser une campagne d'information (TV, radio, affichage, Internet) avec un message clair, « Pour se renseigner sur l'IVG, généralistes, gynécologues et sages-femmes sont là pour vous aider ».

3. Communication auprès des professionnels de santé

J'arrive au point de ce travail qui représente, à mon sens, un enjeu majeur de santé publique, bien au-delà du domaine de l'orthogénie et de la contraception : la communication entre les instances publiques et les professionnels de santé.

Mieux former les étudiants en médecine est un premier pas dans la revalorisation de l'IVG, notamment sur le plan de la perception « morale ».

Mieux informer les patient(e)s du rôle et des compétences des généralistes est une démarche essentielle.

La problématique centrale reste la communication avec les généralistes, une fois qu'ils sont installés.

a) Présentation de nos résultats à l'ARS

Nous avons contacté Mme Anne-Gaëlle Daniel, chargée de mission périnatalité/IVG et contraception à l'ARS Île-de-France.

Nous lui avons communiqué les résultats de nos thèses et nos principales propositions d'amélioration.

Pour ce qui concerne mon travail, j'ai évoqué :

- la faible connaissance du site ivglesadresses.org par les généralistes. Seuls 10 % des médecins de l'étude le connaissent ;
- la difficulté que j'ai rencontrée pour accéder à la plateforme d'information en ligne mise en place par l'ARS⁶, qui nécessite des codes que je n'ai pas obtenus malgré des demandes répétées et mon intérêt pour le sujet ;
- mon étonnement sur la création d'un nouvel outil, peu accessible, alors qu'il existe déjà un site internet plus facilement identifiable ivglesadresses.org ;
- mon regret de voir que les généralistes sont peu inclus dans les groupes de réflexion sur l'IVG et que les recommandations récentes ne les concernent pas.

Mme Daniel explique que l'ARS IDF a sollicité l'Ordre des médecins ainsi que l'URPS des médecins d'IDF. Elle signale, pour l'instant, la difficulté à mobiliser les généralistes sur ces thématiques d'IVG et de contraception.

Le choix a donc été fait de s'appuyer sur les réseaux de périnatalité pour atteindre les professionnels libéraux.

b) Le rôle des réseaux de périnatalité

Les réseaux de périnatalité fédèrent plusieurs professionnels d'une même zone géographique autour de toutes les problématiques liées à la grossesse et le naissance.

Mme Natahlie Baunot, sage-femme coordinatrice du réseau périnatal Paris nord-est (RPPNE), contactée dans le cadre de ce travail, explique que le recrutement se fait principalement sur la base du volontariat des médecins du secteur, qui doivent donc manifester un intérêt pour le sujet.

⁶ <http://ars-iledefrance.fr/frida/>

Une fois adhérents au réseau, les médecins bénéficient d'un support en ligne avec notamment la plateforme d'aide à l'orientation des patientes en demande d'IVG, accessible après identification par code.

Avec seulement 10 % des médecins de l'étude ayant connaissance d'un site existant depuis 2 ans et simple à utiliser, on peut cependant questionner l'utilité de ce nouveau site.

Comment permettre la diffusion plus simple de l'information, des instances sanitaires vers les généralistes ?

c) Création et diffusion d'outils d'aide à la consultation

À la fin de l'étude, nous avons communiqué aux médecins nos résultats ainsi que des documents destinés à faciliter leur pratique.

J'ai réalisé deux documents, disponibles en annexe (annexes n° 12 et 13, p. 96-99) :

- un aide-mémoire pour la prescription, avec une *check-list* de prescription et un rappel des délais légaux pour l'IVG ;
- une cartographie de l'offre d'IVG (libérale et hospitalière) de leur secteur, associée à la liste des sites internet utiles pour leur pratique.

Ces deux outils ont des objectifs multiples :

- faire gagner du temps au médecin lors de cette consultation de demande d'IVG, et donc dégager du temps pour parler de contraception, voire penser au dépistage des violences ;
- faciliter l'adressage des patientes et proposer le plus grand nombre d'options possibles, tant en terme de méthodes qu'en terme de lieux ;
- permettre de réaliser des économies de santé publique en informant les médecins du différentiel de tarif entre une échographie pelvienne et une échographie pré-IVG. [60]

Nous avons réalisé une communication ciblée, diffusée à petite échelle.

Plusieurs questions se posent :

- comment pérenniser cet outil ?
- comment le diffuser à plus grande échelle ?
- comment poursuivre l'actualisation des données ?

Une étude intéressante, serait d'évaluer dans quelle mesure ces outils ont amélioré la pratique des médecins et la prise en charge des patientes. Il faudrait envisager une étude interventionnelle (de type avant/après), pour évaluer si la diffusion de l'outil est pertinente et efficace.

d) Internet, la solution ?

ivglesadresses.org figure en bonne place sur le document remis aux médecins de l'étude (annexe n° 13, p. 98).

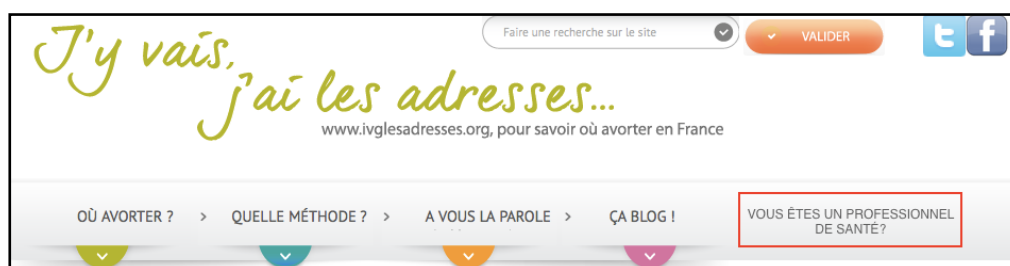
Jusqu'à présent destiné aux patientes, il pourrait devenir, à terme, une **plateforme mutualisée** entre patientes et professionnels.

Je vois plusieurs avantages à améliorer cet outil existant, plutôt que d'en créer un autre :

- l'adresse est simple et informative sur le contenu du site ;
- il n'y a pas besoin de code d'accès ;
- c'est l'outil en ligne le plus complet à l'heure actuelle pour permettre l'adressage.

Pour les patientes, il faudrait améliorer le site en optimisant les mises-à-jour, en corrigeant les erreurs, en précisant mieux quelles sont les méthodes disponibles par établissement, et en y faisant figurer les établissements privés.

Pour les médecins, une partie du site pourrait leur être dédiée, dans laquelle ils retrouveraient des informations pratiques, présentées de façon plus adaptée et synthétique, pourquoi pas sous la forme d'une check-list, plus lisible que les textes législatifs réglementaires ?



Capture d'écran n° 5 : site ivglesadresses.org modifié

Une des problématiques reste donc la diffusion et la connaissance de ce site auprès des professionnels.

CONCLUSION

Il y a 10 ans, la mise en place de la méthode médicamenteuse en ville a eu un impact positif sur la prise en charge des femmes en demande d'IVG .

Plusieurs études menées depuis ont porté sur les pratiques des médecins généralistes ayant développé une activité d'IVG médicamenteuse. En revanche, peu d'études ont évalué comment des généralistes, sans orientation gynécologique, répondent à une demande d'IVG.

Nous avons choisi d'analyser la consultation d'une patiente « standardisée » demandant une IVG à la suite d'un oubli de pilule, auprès de 43 généralistes issus de 3 arrondissements parisiens.

Notre étude souligne le rôle essentiel tenu par les médecins généralistes dans l'accueil et l'orientation d'une patiente demandant une IVG. Ils sont les professionnels de premier recours les plus nombreux et les plus accessibles en terme de délai.

Notre travail illustre toutefois les lacunes persistantes sur certains points (déficit de prescription du groupe sanguin, *counseling* aléatoire, déficit d'adressage en ville).

Réformer le contenu des études médicales en bannissant certains vocables péjoratifs, tels que « subir un avortement », et mieux communiquer avec les médecins généralistes (diffusion des recommandations, formation continue) engendrerait une amélioration concrète dans la prise en charge des patientes en demande d'IVG.

Favoriser l'accès de toutes les patientes à l'IVG nécessite que ces dernières envisagent les généralistes comme un premier recours évident dans une situation de demande d'IVG.

Nous soulevons ici la question centrale de la diffusion de l'information, à la fois auprès des patientes mais aussi et surtout auprès des généralistes installés.

Les récentes améliorations permises par Internet avec la mise en place de sites internet officiels sont un premier pas. La poursuite de l'amélioration des outils existants, en les faisant connaître à la fois du grand public et des professionnels, est fondamentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés. déc 2004;(407).
2. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. [cité 2 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
3. Bekmezian H. L'Assemblée commémore la loi Veil sur l'avortement [Internet]. Le Monde.fr. [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/politique/article/2014/11/26/l-assemblee-commemore-la-loi-veil_4529496_823448.html
4. Bonal C. 2014, l'année où l'Espagne a sauvé l'IVG [Internet]. [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/monde/2014/12/14/2014-l-annee-ou-l-espagne-a-sauve-l-ivg_1161609
5. CNGE. La marguerite des compétences [Internet]. [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf
6. Rethans JJ, Boven C. Simulated patients in general practice: a 'different look at the consultation. Br Med J. 28 mars 1987;294:809–12.
7. Rethans JJ, Drop R, Sturmans F, van der Vleuten C. A method for introducing standardized (simulated) patients into general practice consultations. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mars 1991;41(344):94–6.
8. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C. Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mars 1991;41(344):97–9.
9. Loi n° 83-635 du 13 juillet 1983 portant modification du code du travail et du code pénal en ce qui concerne l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 2 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
10. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. [cité 2 mar 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
11. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 [Internet]. [cité 2 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
12. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social. [Internet]. [cité 2 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
13. Vilain A, Mouquet MC, DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. 2014. Report No.: 884.
14. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. Population. 2009;64:495–530.
15. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. De Boeck-ESTEM; 2011.
16. CSIS. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale; 2011 janv [cité 1 juin 2014]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011.pdf

17. HCEfh. Rapport relatif à l'accès à l'IVG volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires [Internet]. 2013 nov [cité 1 févr 2014]. Report No.: 2013-1104-SAN-009. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10.pdf
18. 40 ans de la loi Veil [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/40-ans-de-la-loi-veil>
19. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 [Internet]. 2013.[cité 15 déc 2014].Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/projet-loi_lfss2013.pdf
20. HCEfh. Rapport relatif à l'accès à l'IVG volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet [Internet]. 2013 [cité 12 déc 2013]. Report No.: 2013-0912-HCE-008. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee.pdf
21. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes [Internet].[cité 15 déc 2014].Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
22. Laurent S. Les anti-IVG pratiquent la désinformation sur le Web [Internet]. Le Monde.fr. 2014 [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/politique/article/2013/02/25/les-anti-ivg-pratiquent-la-desinformation-sur-le-web_1838677_823448.html
23. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 [Internet]. DREES; 2012 [cité 15 déc 2014]. Report No.: 804. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>
24. ARS île de france, Gallaup K. Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse [Internet]. 2012. [cité 15 déc 2014].Disponible sur: http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/IVGVFinale.pdf
25. Aubin C, Jourdain Menninger D, IGAS. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. 2009. Report n° : RM2009-112P.
26. REVHO - Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie - interruption volontaire de grossesse - Prise en charge de l'IVG médicamenteuse [Internet]. [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.revho.fr/>
27. Ivglesadresses.org | J'y vais, j'ai les adresses [Internet]. [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ivglesadresses.org/>
28. Roux S. Un site pour savoir où consulter pour une IVG [Internet]. LaDepeche.fr. [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ladepeche.fr/article/2014/12/12/2010001-un-site-pour-savoir-ou-consulter-pour-une-ivg.html>
29. ARS île de france. Projet régional pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement en île de France [Internet]. 2014 avr [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/Projet_FRIDA_avril_2014.pdf
30. Améliorer le parcours IVG : l'ARS Ile-de-France donne la parole aux femmes [Internet]. [cité 29 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Ameliorer-le-parcours-IVG-l.178417.0.html>

31. ANAES. Pris en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines [Internet]. 2001 mars [cité 1 déc 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf
32. SFMG. Le patient et son généraliste « médecin traitant » [Internet]. 2010 [cité 14 déc 2014]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
33. Pelizzari M. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'île de France [Internet]. sous la direction du Dr Gilles Lazimi.Paris 6-Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2012 [cité 14 déc 2014]. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/pelizzari_these.pdf
34. Laveau A. Parcours de soins des femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse, avant leur accès au centre [Internet].sous la direction des Dr Belloeil Vanessa et Baron Céline.Faculté de médecine d'Angers; 2014 [cité 14 déc 2014]. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine.Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20086867/2014MCEM1754/fichier/1754F.pdf>
35. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Faculté de médecine Paris 5-René Descartes; 2014. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
36. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Access to health care for an induced abortion: qualitative and quantitative approaches. Rev Épidémiologie Santé Publique. déc 2003;51(6):631-47.
37. Gelly M. La contraception et l'avortement dans les études de médecine : quelle formation à un modèle relationnel inédit? Faculté de médecine Paris 7-Bichat; 2004.Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
38. Toubal V. Application des recommandations HAS 2010 sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes. Faculté de médecine Paris 6-Pierre et Marie Curie; 2013.Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
39. Levels M, Sluiter R, Need A. A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. Health Policy. 2014;118:95-104.
40. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG [Internet]. DREES; 2009. Report No.: 712. [cité 14 déc 2014].Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er712.pdf>
41. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. Contraception. sept 2011;84(3):224-9.
42. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. Fam Plann Perspect. août 1995;27(4):142-8, 185.
43. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. Contraception. mars 2007;75(3):224-9.
44. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. Hum Reprod Oxf Engl. nov 1994;9(11):2167-72.

45. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod Oxf Engl.* mars 2005;20(3):834–8.
46. Programme des patients standardisés [Internet]. 2013 [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.unige.ch/medecine/ps/doctypes/Historique.html>
47. Robertson T. Prise en charge de la demande d'IVG par le médecin généraliste en cabinet. Faculté de médecine Aix Marseille; 2009.Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
48. Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption de grossesse médicamenteuse à Paris. Faculté de médecine Paris 6-Pierre et Marie Curie; 2014.Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
49. Cristina V. Interruption volontaire de grossesse chez la mineure : perception par les adolescentes de la place du médecin traitant dans l'accès à l'IVG et le suivi. Faculté de médecine de Rouen; 2009.Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
50. Dougados J. Comment le médecin généraliste réagit-il face à une clairance de la créatinine abaissée ? Evaluation par la méthode du patient standardisé. Faculté de médecine Paris 5-René Descartes; 2008.Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine disponible à la BIUM.
51. Schildt P. Les lombalgies aiguës communes en médecine de ville: technique du patient standardisé. [Internet].sous la direction du Dr Alain Lorenzo.Faculté de médecine Paris 5-René Descartes; 2013 [cité 29 déc 2014]. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine.Disponible sur: <http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/SCHILD2013.pdf>
52. INSEE. Recensement de la population : Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2014 pour Paris [Internet]. [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2013/pdf/dep75.pdf>
53. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité [Internet]. 2013 sept [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf
54. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;1(1):148–61.[cité 15 déc 2014].Disponible sur : http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RFAS_111_0148
55. Salomon LJ. Comment déterminer la date de début de grossesse ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2011;40(8):726–33.
56. CNGOF. Item 28 : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) [Internet]. 2010 [cité 19 janv 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/cours.pdf>
57. Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Nyberg S, et al. Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BMC Womens Health.* 2013;13:52.

58. Cameron S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(5):657–65.
59. Cretin-Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Internet]. sous la direction du Dr Dominique Trimarche. Faculté de médecine Paris 6-Pierre et Marie Curie; 2014 [cité 5 janv 2015]. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/benhayoun-these.pdf>
60. SYNGOF. Tarifs actualisés au 1er juillet 2013-y compris les actes associés pour toutes les patientes des professionnels en secteur 1 [Internet]. 2013 [cité 15 févr 2015]. Disponible sur: http://syngof.fr/wp-content/uploads/2013/06/Tableau_cotation_01-10-131.pdf

ANNEXES

Annexe n° 1 : activité IVG Paris intra-muros 2013

Type de structures hospitalières	Nom Arrondissement	IVG totales	IVG medicamenteuses	Lisibilité de l'offre de soins
PRIVÉES	clinique du souffle/ clinique Milan Paris 9ème	21	0	- pas de mention de l'IVG sur le site de la clinique - non répertorié sur IVG les adresses
	clinique du Mont Louis Paris 11ème	276	128	- pas de mention de l'IVG sur le site de la clinique - non répertorié sur IVG les adresses
	clinique Jeanne d'arc Paris 13ème	349	0	- pas de mention de l'IVG sur le site de la clinique - non répertorié sur IVG les adresses
	Clinique de la Muette Paris 16ème	114	47	- pas de mention de l'IVG sur le site de la clinique - non répertorié sur IVG les adresses
	Clinique Sainte Thérèse Paris 17ème	171	148	- pas de mention de l'IVG sur le site de la clinique - non répertorié sur IVG les adresses
PRIVÉES À BUT NON LUCRATIF	Institut Mutualiste Montsouris Paris 14ème	489	174	répertorié sur IVG les adresses
	Les bluets Paris 12ème	1104	404	répertorié sur IVG les adresses
PUBLIQUES	Hôpital Lariboisière Paris 10ème	1086	757	répertorié sur IVG les adresses
	Hôpital Saint-Louis Paris 10ème	552	148	répertorié sur IVG les adresses
	Hôpital Trousseau Paris 12ème	370	178	répertorié sur IVG les adresses
	Hôpital de la Pitié-Salpêtrière Paris 13ème	1081	298	répertorié sur IVG les adresses
	Port Royal cochin Paris 14ème	2219	890	répertorié sur IVG les adresses
	HEGP Paris 15ème	335	0	répertorié sur IVG les adresses
	Hôpital Bichat Paris 18ème	714	200	répertorié sur IVG les adresses
	Hôpital Robert Debré Paris 19ème	106	?	répertorié sur IVG les adresses
	Hôpital Tenon Paris 20ème	630	410	répertorié sur IVG les adresses
Total	16 établissements	9617	3782	

Annexe n° 2 : législation européenne

Table 2 Cross-national comparison of developments of procedural barriers to abortion in 20 Western-European countries between 1960 and 2010.								
Country	Year		Location	Authorization 2nd physician	Consent partner	Parental consent	Waiting periods	Conscientious objection
	Adopted	In force						
Austria	1937	1937	–	No	No	No	No	No
	1974	1975	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	Yes
Belgium	1867	1867	Institution, hospital	Yes	No	No	No	No
	1990	1990	Health care institution	Yes ^a	(...)	(...)	6 days	Yes
Cyprus	1928	1928	–	No	No	No	No	No
	1974	1974	Hospital	Yes	No	No	No	No
Denmark	1956	1956	Hospital	Yes	No ^b	Yes ^c	No	No
	1973	1973	Hospital, clinic	Yes ^a	(...)	Yes ^c	(...)	Yes
Finland	1950	1950	Hospital	Yes	No ^b	Yes ^c	No	No
	1970	1970	(...)	No	(...)	No	(...)	(...)
France	1955	1955	–	Yes	No	No	No	Yes
	1974	1975	Hospital	Yes ^a	(...)	Yes ^d	1 week	(...)
	1979	1980	(...)	(...)	(...)	(...)	1 week ^e	(...)
	2001	2001	(...)	(...)	(...)	Yes	(...)	(...)
Germany: GDR	1950	1950	Hospital	Yes	No	No	No	No
Germany: FRG	1933	1934	–	No	No	No	No	No
	1976	1976	Hospital, private practices	Yes	(...)	Yes	3 days	Yes
Germany after reunification	1992	1992	Hospital, authorized facility	Yes ^a	No	Yes	3 days	No
	1993	1993	(...)	Yes	(...)	(...)	(...)	Yes
Greece	1995	1995	(...)	Yes ^a	(...)	(...)	(...)	No
	1950	1950	–	Yes	No	No	No	No
	1978	1978	Hospital	No	(...)	(...)	(...)	(...)
	1986	1986	Comprehensive Health Unit	No ^f	(...)	Yes	(...)	(...)
Iceland	1935	1935	Hospital	Yes	No	No	No	(...)
	1975	1975	(...)	(...)	No ^g	(...)	(...)	(...)
Ireland	1861	1861	–	No	No	No	No	No
Italy	1930	1931	–	No	No	No	No	No
	1978	1978	Hospital	Yes ^a	(...)	Yes	1 week	Yes
Luxembourg	1879	1879	–	No	No	No	No	No
	1978	1978	Hospital, authorized facility	Yes	(...)	Yes	(...)	Yes
Malta	1879	1879	–	No	No	No	No	No
Netherlands, the	1886	1886	–	No	No	No	No	No
	1981	1984	Hospital, clinic	(...)	(...)	Yes ^h	5 days	Yes
Norway	1902	1902	Hospital	Yes	No	No	No	No
	1960	1964	(...)	(...)	No ⁱ	(...)	(...)	(...)
	1975	1975	Hospital, clinic	(...)	No	(...)	(...)	(...)
	1978	1979	(...)	Yes ^a	(...)	No ^j	(...)	(...)
Portugal	1886	1886	–	No	No	No	No	No
	1984	1984	Health establishment	Yes	(...)	Yes ^c	3 days	Yes
	2007	2007	(...)	Yes ^a	(...)	(...)	(...)	(...)
Spain	1944	1944	–	No	No	No	No	No
	1985	1985	Private or public health centre	Yes	(...)	(...)	(...)	(...)
	2010	2010	(...)	Yes ^a	(...)	Yes ^c	3 days	(...)
	1946	1946	Hospital, clinic	Yes	No	Yes	No	No
Sweden	1974	1975	(...)	Yes ^a	(...)	No	(...)	(...)
	1937	1942	Hospital, clinic	Yes	No	Varies	No	No
Switzerland	2001	2002	(...)	No	(...)	No	(...)	(...)
	1929	1929	–	No	No	No	No	No
United Kingdom, the	1967	1968	Hospital, clinic	Yes	(...)	Yes ^c	(...)	Yes

Notes: – No location specified by law; (...) regulation unchanged (including the remarks in footnotes).

^a Only in case of abortion on medical grounds.

^b The partner is allowed to express his opinion.

^c Physicians may refrain from this requirement.

^d Parental consent is only necessary when the pregnant woman is an unmarried minor.

^e The waiting period can be reduced by two days if the time limit would otherwise be reached.

^f The law does not stipulate whether the authorization of a second physician is required, but it does state that the procedure needs to be carried out by two physicians.

^g The consent of the partner is not necessary, but the partner is to join in the application for the abortion.

^h The law stipulates that minors need the approval of their parents or guardians, but this is not necessary in practice.

ⁱ Not required, but the partner must express his opinion.

^j The parents are allowed to express their opinion.

Annexe n° 3 : demande de financement et réponse du HCEfh

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de recherche en médecine générale qui constituera nos thèses pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en médecine générale, nous nous proposons d'étudier les pratiques des médecins généralistes parisiens lors de la première consultation de demande d'IVG.

Nous sommes deux internes de l'université Paris V-Descartes, dont le travail sera coordonné par le Dr François Bloedé.

Notre projet repose sur une méthodologie originale d'évaluation de pratique professionnelle avec l'utilisation d'une patiente standardisée. Une « fausse patiente » va consulter dans plusieurs cabinets avec la même demande et une attitude standardisée. Cela permet un recueil de données fiables et plus objectives que les questionnaires adressés au médecin ou l'évaluation du ressenti de différentes patientes. Nous interpréterons la patiente standardisée.

Nous envisageons de consulter 60 médecins libéraux parisiens (tirage aléatoire – dans deux quartiers parisiens) afin de recueillir des données précises concernant leur pratique lorsqu'ils reçoivent une patiente demandant une IVG.

Ce travail permettra la réalisation de deux thèses :

- une thèse évaluant précisément l'accessibilité à l'IVG en évaluant le délai entre la consultation et la mise en relation avec une structure adaptée, la qualité des prescriptions remises ;
- une thèse abordant le champ de la contraception (pré et post-IVG) et le champ de la sexualité.

Cette démarche est en accord avec deux des recommandations publiées dans votre rapport sur l'accès à l'IVG en novembre 2013 (volet 2, accès à l'IVG dans les territoires) ; il s'agit des recommandations 27 et 30 :

- recommandation 27 : faire réaliser des « testings » ponctuels pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG ;
- recommandation 30 : financer des recherches sur l'IVG, et notamment sur les sujets peu connus aujourd'hui.

Cette méthode implique de payer les consultations, ce qui représente entre 1380 (100% secteur 1) et 2000 euros, somme que nous devons pour le moment financer nous-mêmes.

Compte tenu de l'adéquation de ce projet avec vos recommandations, nous nous permettons de vous solliciter pour savoir si notre travail vous intéresse et si un éventuel financement de votre part serait envisageable.

Notre travail pourrait servir d'étude pilote pour un travail de plus grande envergure, si vous le désirez.

En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à notre demande, veuillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations respectueuses,

Anne-Elisabeth Mazel
Jennifer Soussan
Internes en médecine générale

Dr François Bloedé
Maître de Conférence Associé Département de Médecine Générale Paris-Descartes

Bonjour,

Pour commencer, nous vous remercions pour l'intérêt porté à nos travaux. Votre sujet de thèse correspond en effet à nos recommandations, et saura, nous n'en doutons pas, apporter des éléments d'analyse pertinents et inédits sur ce sujet, encore mal connu.

Malheureusement, le HCEfh ne dispose d'aucun moyen de financements.

Toutefois, nous avons transmis votre message à Mme Françoise Laurant, Présidente de la commission « Santé, droits sexuels et reproductifs ».

Je vous invite également à prendre contact avec Mme Nathalie Bajos, et M. Alexandre Jaunait, membres de la commission et chercheurs : ils seront plus à même de vous aider dans votre démarche.

Nous serions enfin ravi-e-s de vous rencontrer dans le cadre de vos recherches : n'hésitez pas à prendre contact avec nous si vous avez besoin de vous entretenir avec les membres du HCEfh ou le secrétariat général.

En vous souhaitant bonne continuation pour vos recherches et vos travaux,

Très cordialement,

Gwladys David

Chargée de mission

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

Instance consultative indépendante placée auprès du Premier ministre

35, rue Saint-Dominique – 75007 Paris – 01 42 75 86 91

Annexe n° 4 : réponse du Conseil de l'Ordre



Conseil Départemental
de l'Ordre des Médecins
de la Ville de Paris

Madame Jennifer SOUSSAN

• *Par courriel :*
jennifersoussan@hotmail.fr

Références à rappeler pour toutes correspondances :
JLT/AB/2014/040126

Paris, le 17 Avril 2014

Madame,

J'ai lu avec attention votre demande du 15 Avril courant concernant votre recherche de sujet de thèse et étant vous-même assujettie aux dispositions du Code de la Santé Publique, la méthodologie de celle-ci contreviendrait aux dispositions des *l'Articles R.4127-56 et R.4127-31 dudit Code*.

Je ne peux donc que vous déconseiller, vivement, la pratique décrite pour la réalisation de votre thèse. En effet, des plaintes pourraient être déposées à votre rencontre par les médecins ainsi piégés et pourraient compromettre votre inscription au tableau de l'Ordre.

Croyez, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Docteur Jean-Luc THOMAS
Secrétaire Général

Annexe n° 5 : courrier d'inclusion

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre d'un travail de recherche en Médecine Générale qui aboutira à leur thèse d'exercice, deux internes du département de Médecine Générale de Paris V se proposent d'étudier la prise en charge d'un problème spécifique par les médecins généralistes.

L'objectif de ce travail est de mettre en avant le rôle primordial joué par le médecin généraliste dans la gestion de ce « problème spécifique » et d'évaluer son degré d'implication en comparant les pratiques dans plusieurs arrondissements parisiens.

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi d'utiliser la méthode du patient « simulé-standardisé », qui est considérée comme la méthode de référence pour l'observation des pratiques, car elle est celle qui garantit la plus grande objectivité. En pratique, un(e) « patient(e) » ira consulter 60 généralistes en présentant toujours la même situation clinique.

Nous sollicitons votre participation pour nous aider à réaliser ce projet : il s'agit simplement d'accepter de recevoir un « patient simulé standardisé ». Vous ne saurez pas qu'il s'agit d'une étude et percevrez vos honoraires normalement. La feuille de soins que vous remettrez à ce patient sera détruite. Vous serez bien entendu contacté(e) dès la fin de l'étude pour être informé(e) de l'identité du patient simulé et du sujet de la thèse.

L'**anonymat** des médecins participant à l'étude est totalement garanti : les données recueillies par le « patient » à l'issue des consultations seront **anonymisées** avant d'être remises à un interne pour analyse.

Grâce à votre participation et à partir des résultats obtenus nous souhaitons évaluer la pertinence des recommandations actuelles concernant « ce problème spécifique » et éventuellement y apporter des suggestions afin de les améliorer.

Si vous acceptez de recevoir un patient « simulé-standardisé » au cours de l'année 2014, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir nous envoyer votre consentement à l'adresse suivante :

francois.bloede@gmail.com.

Sinon, nous nous permettrons de vous contacter dans quelques jours pour connaître votre réponse.

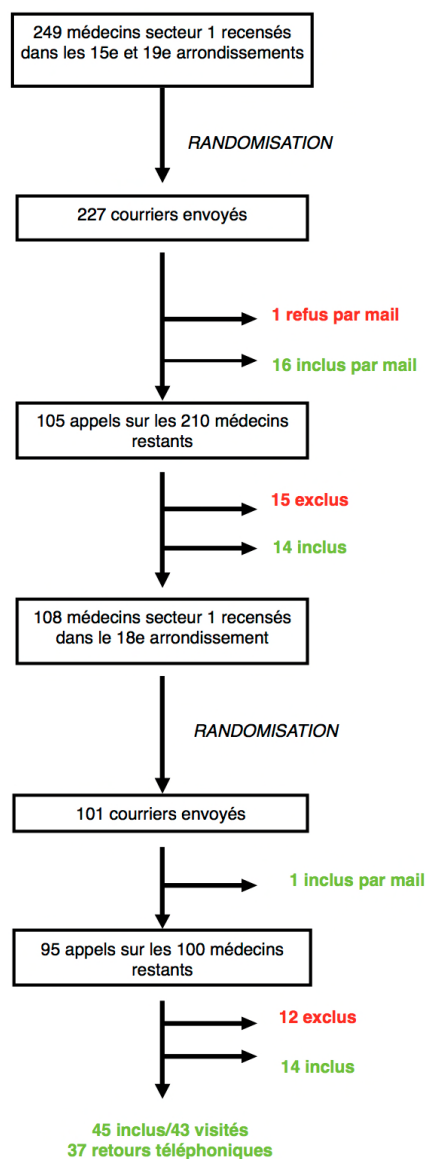
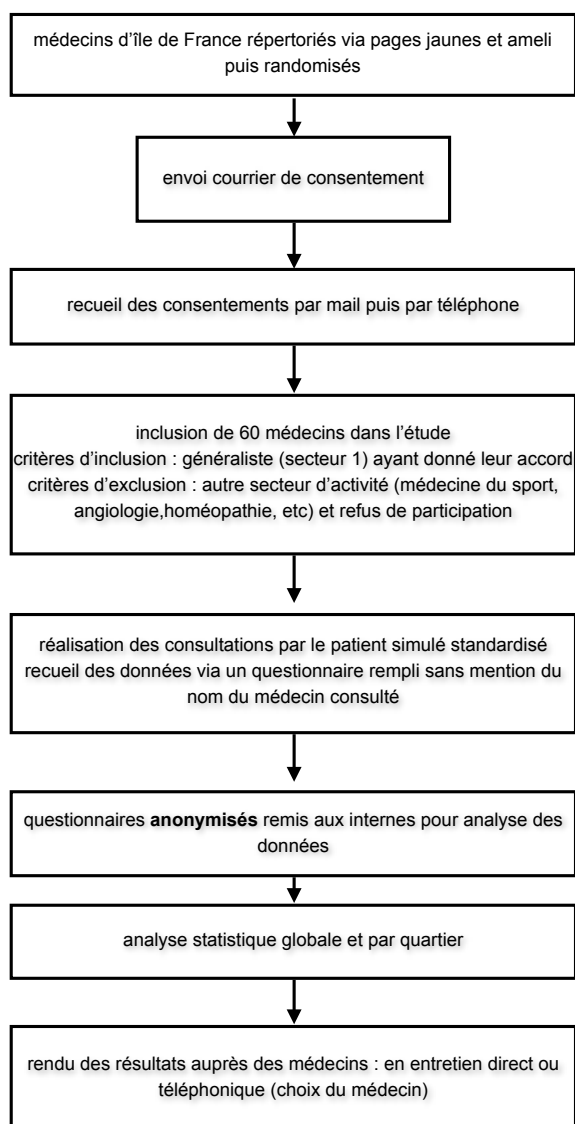
Merci d'avance pour votre aide,

Cordialement,

Dr François Bloédé.

Maitre de Conférence Associé-Université Paris Descartes

Annexe n° 6 : flow chart initial et flow-chart réel



Annexe n° 7 : scénario de la patiente standardisée

« Bonjour, voilà j'ai du retard/j'ai fais 2 tests urinaires/ je suis enceinte et je ne veux pas le garder/ je veux faire une IVG. Je viens vous voir car je ne sais pas quoi faire. »

Caractéristiques de la patiente standardisée :

Nom : donne sa véritable identité

Âge : 28 ans

Date de naissance : chacune donne la sienne

Profession : comptable/auto-entrepreneuse

Situation maritale : en couple, en concubinage, depuis plusieurs années

Parcours de vie :

Profession du compagnon et durée du couple : chacune donne les infos la concernant pas d'isolement social, a des amis à Paris

a un médecin traitant sur Paris (« Il n'est pas disponible, en vacances »)

a un gynécologue, (« Pas de rendez vous avant 2 mois »)

Adresse : donner une adresse dans les environs de chaque cabinet médical consulté

Téléphone : donner son propre numéro de portable

Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels : chacune donne les siens

Antécédents familiaux : chacune donne les siens

Allergies : aucune allergie médicamenteuse pour J / allergie acariens, chat pour AE

Traitement en cours : aucun (à part la contraception)

Statut vaccinal : à jour, Gardasil® fait

Statut sérologique : vaccinée contre l'hépatite B, a fait des dépistages avec son compagnon il y a plusieurs années, tout était négatif.

FDRCV : aucun FDR maladie thrombo-embolique veineuse : aucun

Connaissance de son groupe sanguin : non, pas de carte de groupe, pas de don de sang

Antécédents gynécologiques :

G0P0

n'a jamais eu d'IVG

FCV fait il y a 2 ans, normal

sous contraception oestro-progestative depuis plusieurs années, n'a eu que des pilules 2G, a actuellement du Trinordiol®

a eu quelques oublis de pilules >12 heures (« Vous savez, le stress du travail, les projets à rendre, reprendre le 1er comprimé de la nouvelle plaquette, ça m'est arrivé d'oublier »)

« Motifs » de demande d'IVG : (en cas de demande de justification)

carrière en cours d'évolution
peu de revenu
pas prête pour le moment
conjoint pas prêt non plus
emménagement à 2 plutôt récent.

Motifs d'oubli de la carte vitale :

envoyée à la sécurité sociale pour avoir une carte vitale avec photographie ou perte ou oubli

Tableau clinique actuel :

DDR : donner une date compatible pour avoir un retard de règles de 5SA
signes sympathiques de grossesse : nausées, pas de vomissement

En cas de volonté d'examen de la part du médecin :

« Je ne me sens pas très bien et puis, je vais avoir un examen au moment de l'IVG donc si ce n'est pas indispensable, je préférerai éviter aujourd'hui. »

Attitudes standardisées définies au préalable :

Si le médecin n'aborde pas spontanément la contraception ultérieure, poser cette question : « Et en ce qui concerne la contraception, vous ne pouvez pas me proposer autre chose que la pilule ? »

Dire qu'on aimerait bien un DIU mais « Ma gynéco ne veut pas poser de stérilet car je n'ai jamais eu d'enfant. »

Annexe n° 8 : questionnaire à remplir par la patiente standardisée

Questionnaire rempli par l'interne après la première consultation de demande d'IVG

Age :

Sexe :

Quartier :

Date :

- | | | | |
|----|---|-----|---------|
| 1 | Durée de la consultation | | minutes |
| 2 | Clause de conscience | Oui | Non |
| 3 | Mention des 2 méthodes d'IVG et de leur déroulement | Oui | Non |
| 4 | Mention de la méthode médicamenteuse seulement | Oui | Non |
| 5 | Rédaction du certificat de "demande d'IVG" | Oui | Non |
| 6 | Prescription du groupe sanguin | Oui | Non |
| 7 | Prescription échographie simple | Oui | Non |
| 8 | Prescription échographie avec mention IVG | Oui | Non |
| 9 | Prescription de beta hCG | Oui | Non |
| 10 | Adressage à un confrère ou un centre d'orthogénie si ne pratique pas d'ivg | Oui | Non |
| 11 | Délai entre la consultation et le rendez-vous dans une structure compétente | | Jours |
| 12 | Question spontanée sur la contraception antérieure utilisée | Oui | Non |
| 13 | Aborde la conduite à tenir en cas d'oubli | Oui | Non |
| 14 | Questions sur d'éventuelles violences | Oui | Non |
| 15 | Question sur dépistage IST | Oui | Non |
| 16 | Aborde la contraception ultérieure | Oui | Non |
| 17 | Mention de toutes les méthodes contraceptives possibles | Oui | Non |
| 18 | Accepte le choix du DIU | Oui | Non |
| 19 | Se range derrière l'avis du gynécologue (non en faveur du DIU chez nullipare) | Oui | Non |
| 20 | Questionne ATCD perso médicaux et gynécologiques | Oui | Non |
| 21 | Adressage à un collègue (généraliste/ gynécologue) si ne pose pas de DIU | Oui | Non |

Annexe n° 9 : échelle de bienveillance

0 : propos anti-IVG

1 : médecin culpabilisant / patiente passive / on ne peut pas poser des questions / demande de justification

2 : cordial/ technique / mais toujours pas de place pour les questions

3 : empathique / souriant / on peut poser des questions

4 : 3+**non culpabilisant, et questionne l'accompagnement**

Annexe n° 10 : score d'efficacité contraceptive

aborde la contraception antérieure : +3

aborde la conduite à tenir en cas d'oubli : +1

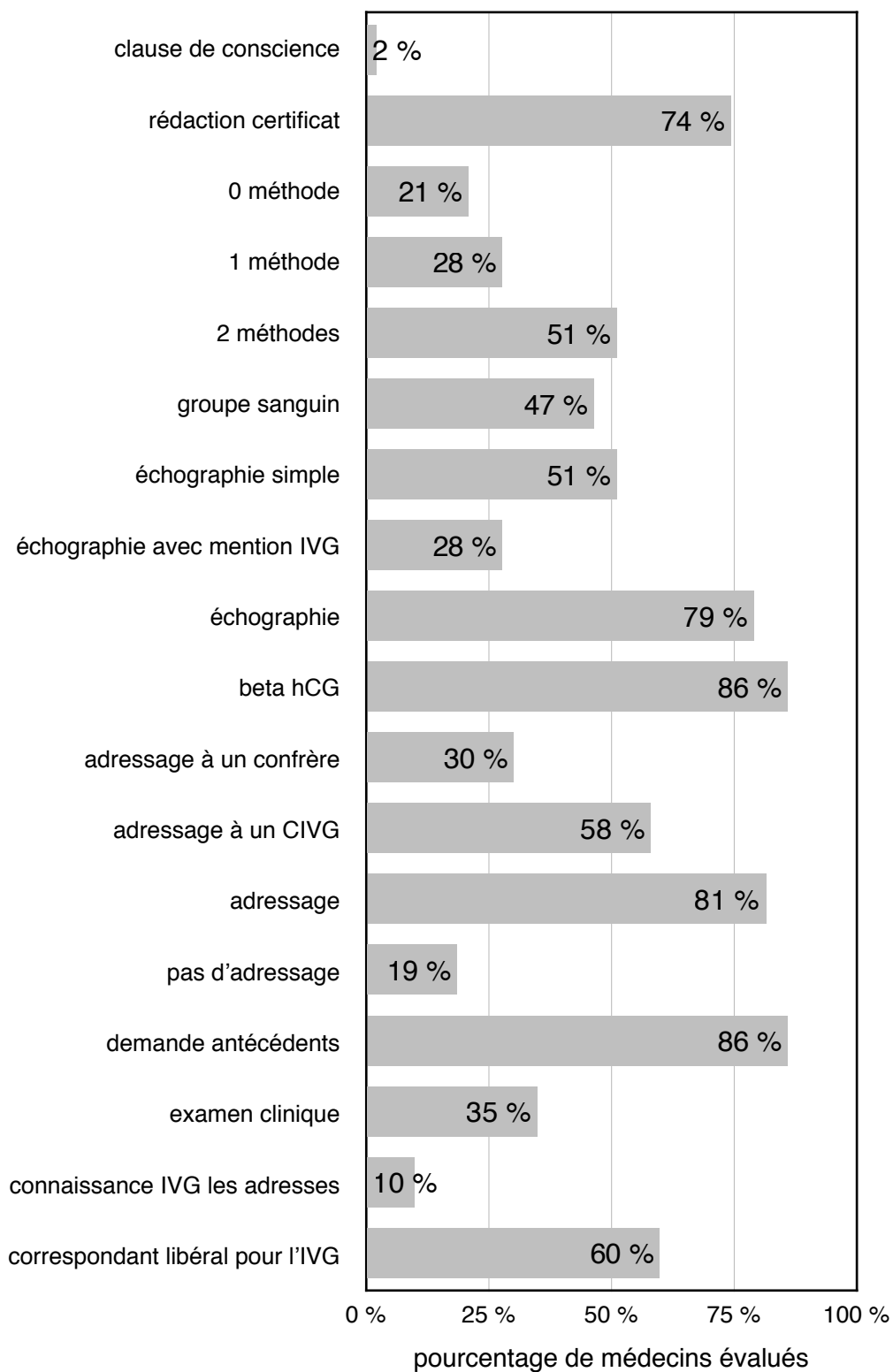
aborde la contraception ultérieure : +2

mentionne toutes les méthodes : +2

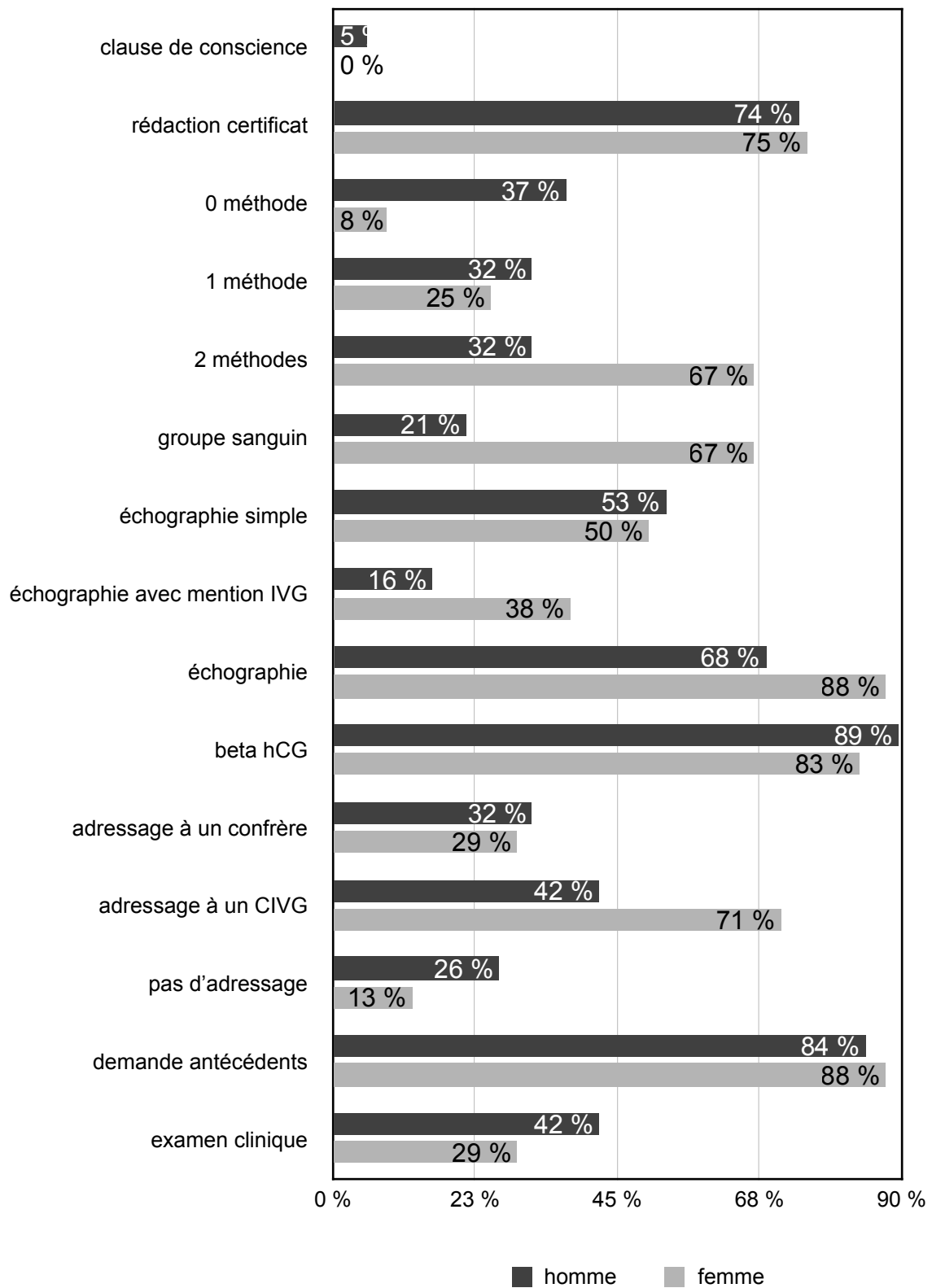
accepte le DIU chez la nullipare : +1

score maximal : 9

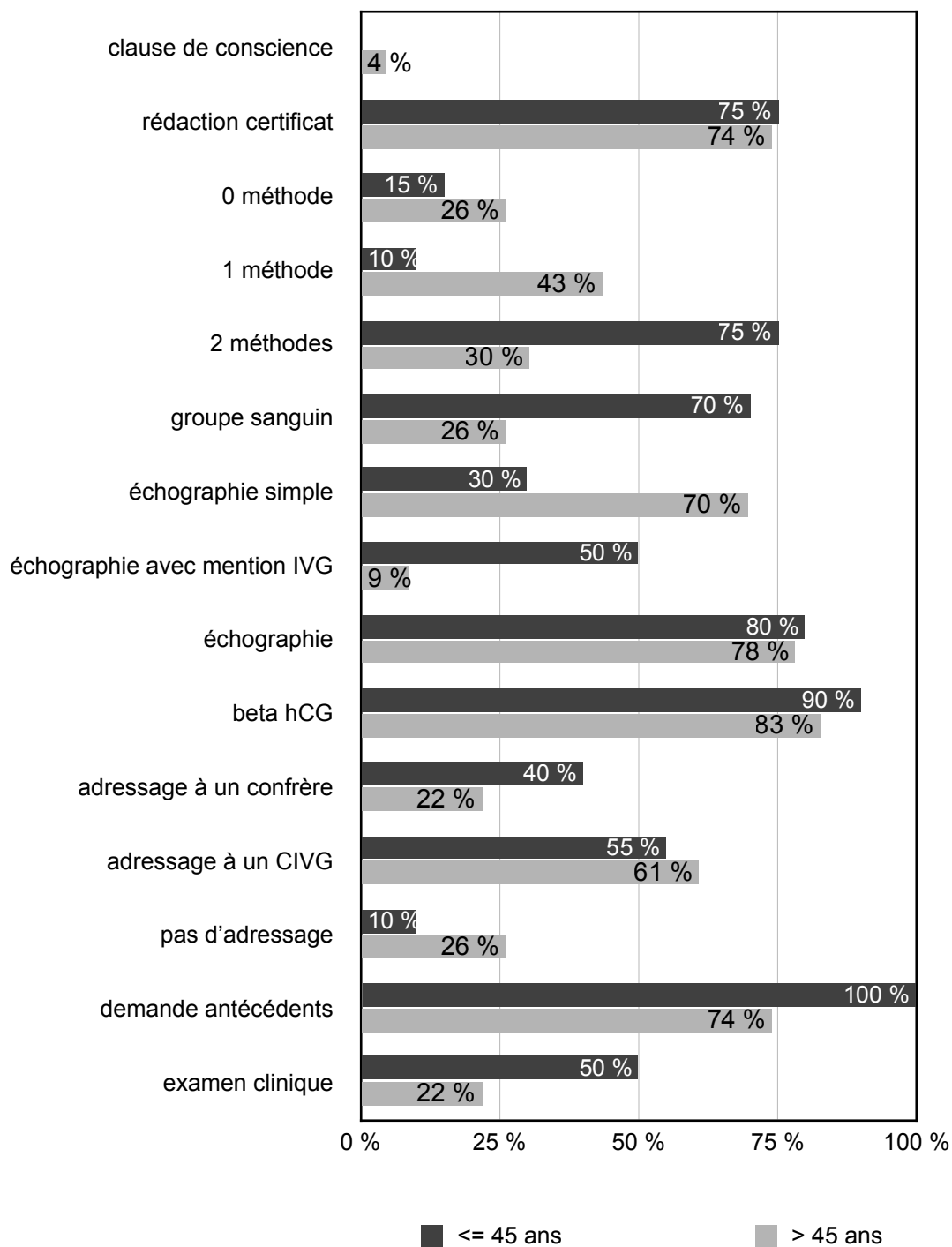
Annexe n° 11 : résultats thèse Mazel

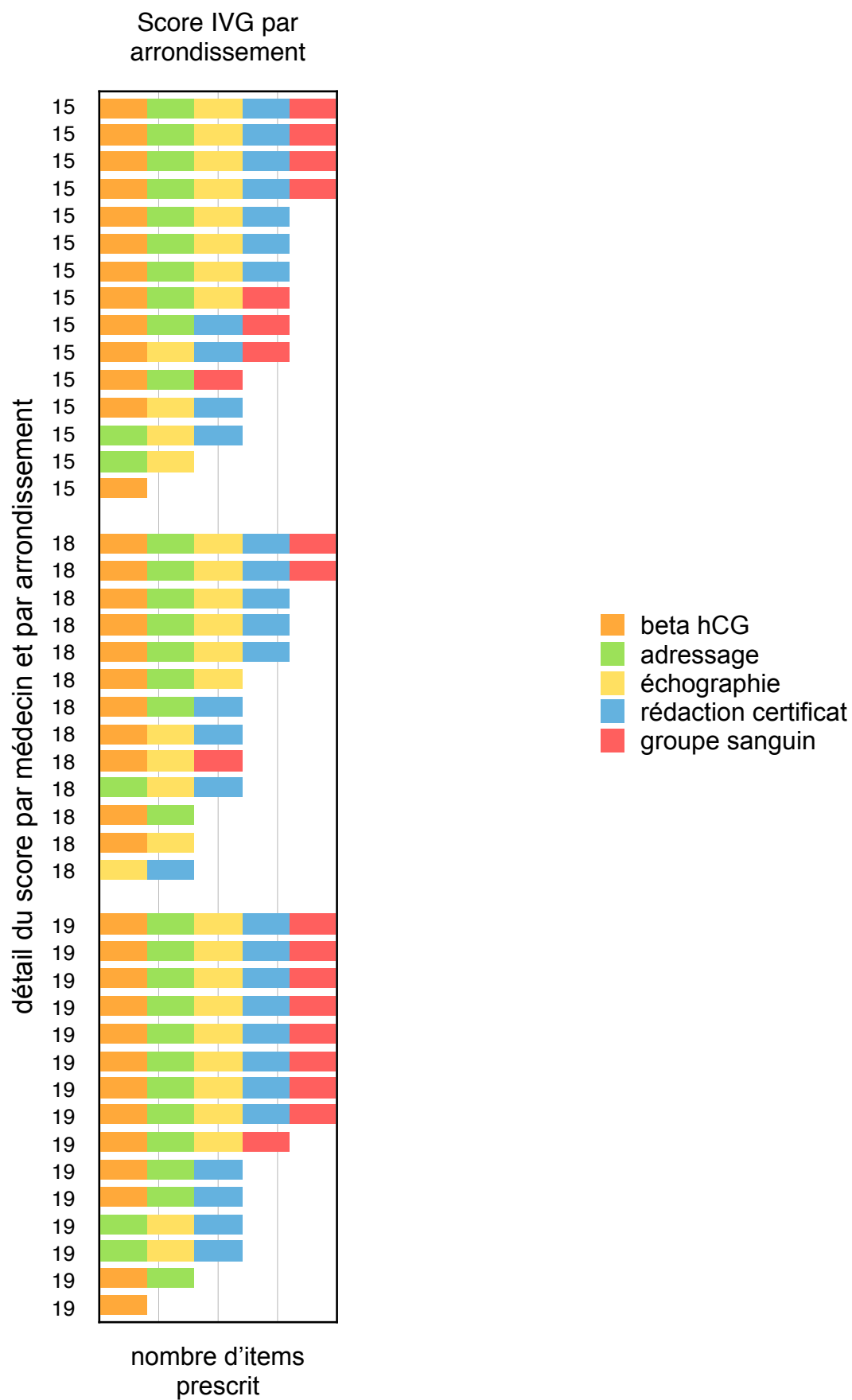


Résultats selon le sexe

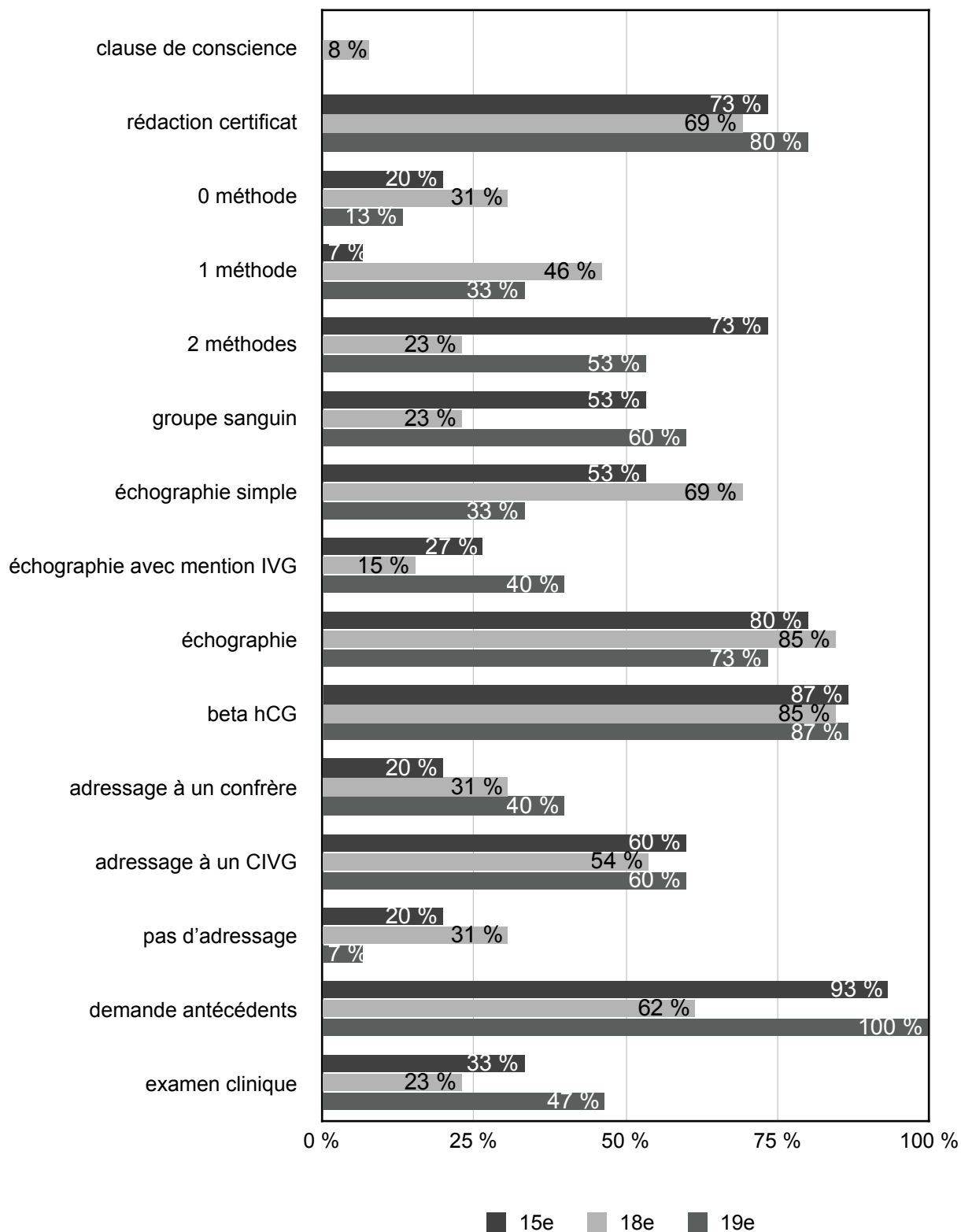


Résultats selon l'âge

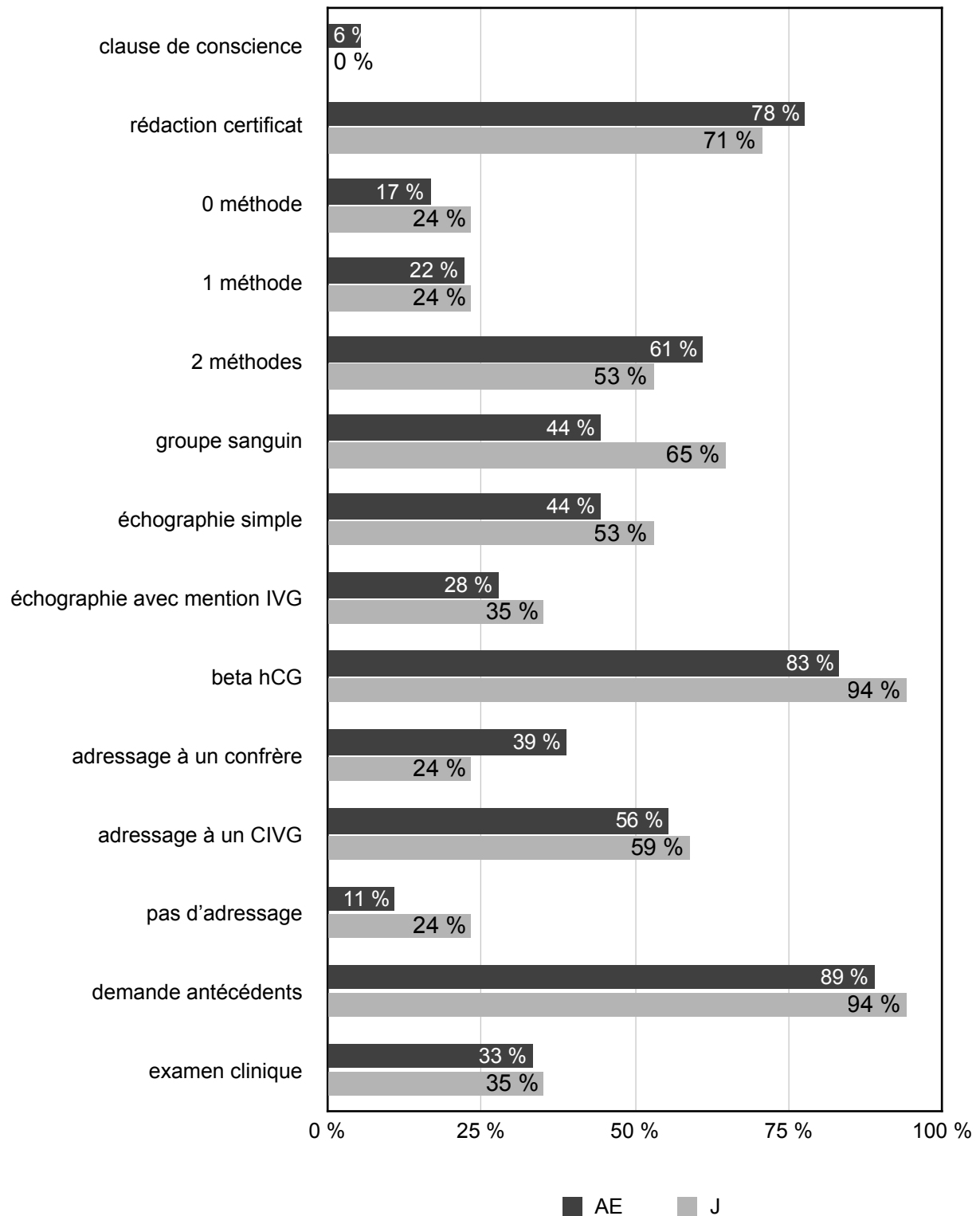




Résultats par arrondissement



Résultats selon patiente standardisée



Annexe n° 12 : check-list et attestation

CHECK-LIST

Pour toutes les patientes :

- attestation de première consultation
- prescription échographie de datation *
- prescription carte groupe sanguin
- dosage beta hCG
- adressage (ville ou hôpital)

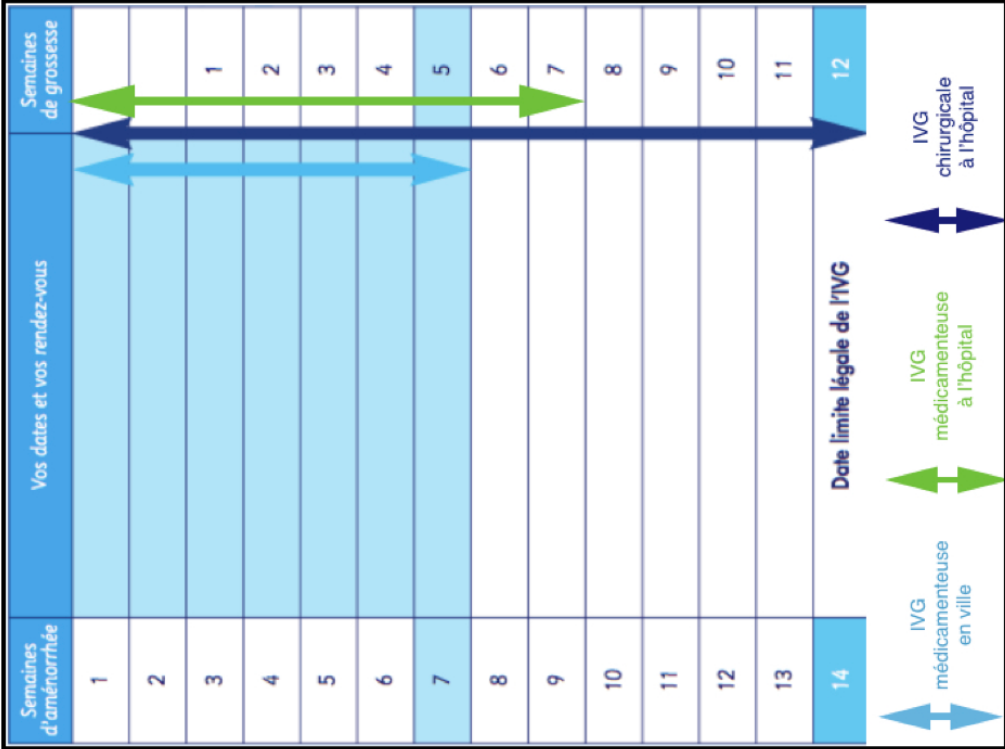
Pour les mineures :

- entretien obligatoire avec conseiller conjugal
- accompagnement par un majeur référent

En plus :

- proposer un dépistage IST
- dépistage des violences

* le saviez-vous? pensez à mentionner le contexte d'IVG ou à écrire échographie non morphologique avant 11SA, cela permet à la patiente d'avoir un rendez-vous plus vite et de payer moins cher son échographie.



DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

A remplir par le médecin généraliste et à remettre à la patiente.

Date de la consultation : __/__/__

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/__

Date des dernières règles : __/__/__

Selon le code de la Santé Publique, articles L2212 -1 , 2 et 3 :

- Je lui ai indiqué les différentes méthodes et les risques potentiels ;
- Je l'ai informée du délai légal de réflexion de 7 jours.

Je soussigné(e), certifie que la patiente a bénéficié d'une consultation ce jour et a fait part d'une demande d'interruption de grossesse.

Ce document vaut pour attestation de première consultation.

Signature :

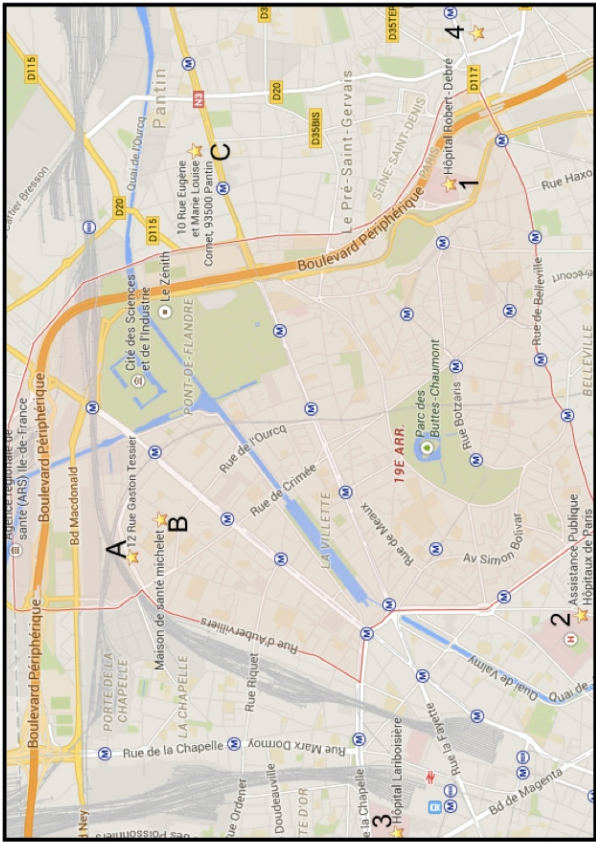
Cachet :

Annexe n° 13 : fiche pratique (exemple du 19^e arrondissement)

IVG dans le 19^{ème} arrondissement

N°	IVG médicamentieuse en ville	Adresse	Téléphone
	ici : votre correspondant personnel		
A	CPEF Gaston Tessier	12 rue Gaston Tessier	01 40 38 84 70
B	Maison de Santé Michelet	1 rue Colette Magny	01 40 37 90 24
C	CMS Cornet	10 rue E et M-L Cornet (Pantin)	01 49 15 45 05

Plus de coordonnées :
<http://www.ivglesadresses.org>



IVG dans le 19ème arrondissement

N°	Nom	Ligne directe CIVG	Méto	Techniques disponibles	Nombres de méthodes	Particularités
1	Hôpital Robert Debré	01 40 03 21 53 01 40 03 21 71	Porte des Lilas (ligne 11)	- [IVG médicamenteuse] - chirurgicale (AG)	1	- pas d'AL - IVG médicamenteuse uniquement pour les mineures
2	Hôpital Saint Louis	01 42 49 91 39	Goncourt (ligne 11)	- médicamenteuse jusqu'à 9SA - chirurgicale (AG/AL)	3	
3	Hôpital Lariboisière	01 49 95 62 41	Gare du Nord (lignes 4 et 5)	- médicamenteuse jusqu'à 9SA - chirurgicale (AG/AL)	3	- les patientes doivent avoir lettre-récho pour avoir RDV
4	Maternité des Lilas	01 56 01 68 52	Mairie des Lilas (ligne 11)	- médicamenteuse jusqu'à 9SA - chirurgicale (AG/AL)	3	

SA=semaine d'aménorrhée
AL=anesthésie locale
AG=anesthésie générale

Informations complémentaires :
<http://www.sante.gouv.fr/ivg>
<http://www.planning-familial.org/>



Caractéristiques des médecins	Total	Contraception antérieure abordée (% ,nb)		Contraception antérieure non abordée (% ,nb)		p	Conclusion
Total	43	72%	31	28%	12		
						Comparaison H/F	
homme	19	68%	13	50%	6	0,74	Pas de différence significative
femme	24	75%	18	50%	6		
						Comparaison 15/18	
15 ème arrondissement	15	93%	14	7%	1	0,004	On peut conclure à une différence
						Comparaison 18/19	
18 ème arrondissement	13	38%	5	62%	8	0,05	Pas de différence significative
						Comparaison 15/19	
19 ème arrondissement	15	80%	12	20%	3	0,69	Pas de différence significative
						Comparaison AE/J	
Anne-Elisabeth	22	77%	17	23%	5	0,51	Pas de différence significative
Jennifer	21	67%	14	33%	7		
						Comparaison -45 / 45+	
-de 45 ans	16	100%	16	0%	0	0,001	On peut conclure à une différence
+ de 45 ans	27	56%	15	44%	12		
						Comparaison -52 / 52+	
-de 52 ans	20	90%	18	10%	2	0,02	On peut conclure à une différence
52 ans et plus	23	1%	0,15	99%	22,85		

	Total	Aborde toutes les méthodes		N'aborde pas toutes les méthodes		p	Conclusion
Total	43	12	28%	31	72%		
Femmes	24	9	38%	15	63%	0,17	Pas de différence significative
Hommes	19	3	16%	16	84%		
-52 ans	20	9	45%	11	55%	0,04	On peut conclure à une différence
52 ans et plus	23	3	13%	20	87%		
						Comparaison 15/18	
15ème	15	4	27%	11	73%	0,40	Pas de différence significative
						Comparaison 18/19	
18ème	13	2	15%	11	85%	0,05	Pas de différence significative
						Comparaison 15/19	
19ème	15	6	40%	9	60%	0,46	Pas de différence significative

	Total	Favorable DIU		Pas favorable DIU		p	Conclusion
Total	43	29	67%	14	33%		
Femmes	24	20	83%	4	17%	0,02	On peut conclure à une différence
Hommes	19	9	47%	10	53%		
-52 ans	20	16	80%	4	20%	0,11	Pas de différence significative
52 ans et plus	23	13	57%	10	43%		
						Comparaison 15/18	
15ème	15	9	60%	6	40%	0,70	Pas de différence significative
						Comparaison 18/19	
18ème	13	9	69%	4	31%	1,00	Pas de différence significative
						Comparaison 15/19	
19ème	15	11	73%	4	27%	0.70	Pas de différence significative

RÉSUMÉ

Introduction : 40 ans après le vote de la loi Veil, l'IVG reste d'actualité en 2015. À l'échelon national et régional ont été éditées des recommandations pour favoriser l'accès à l'IVG. Dix ans après la mise en place de l'IVG médicamenteuse en ville, nous avons évalué comment des médecins généralistes parisiens répondent à une demande d'IVG.

Méthode : Étude descriptive utilisant la méthode du patient standardisé : une fausse patiente de 28 ans demandant une IVG après oubli de pilule a consulté 43 généralistes randomisés, secteur 1, issus des 15^e, 18^e et 19^e arrondissements de Paris. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire créé pour l'étude.

Critère de jugement principal (CJP) : Création d'un score « d'efficacité IVG » associant 5 variables valant 1 point chacune (attestation, beta hCG, échographie, groupe sanguin et adressage). Le CJP est le nombre de médecins obtenant le score maximal de 5.

Résultats : n=14 médecins (33 %) obtiennent 5, permettant l'accès à l'IVG avec choix de la méthode. Le CJP était plus présent dans le 19^e arrondissement (p=0,04) et chez les moins de 45 ans (p=0,02). Le groupe sanguin est plus prescrit par les femmes (p=0,005) et les moins de 45 ans (p=0,004). L'adressage reste hospitalier (58 %). 10 % connaissent ivglesadresses.org.

Conclusion : 33 % des médecins de l'étude répondent parfaitement à une demande d'IVG. Les médecins de moins de 45 ans y répondent mieux. Le recours à l'IVG médicamenteuse en ville est encore insuffisant. Il faut améliorer la formation et la communication auprès des généralistes. La diffusion d'outils d'aide à l'adressage et de check-list de consultation, via Internet, semble être une solution à envisager.

Introduction : 40 years after the passage of the Veil Law, abortion is still in 2015 a topical issue. At national and regional levels, recommendations have been made to promote access to abortion. 10 years after the introduction of medical abortion outside hospitals, we studied how general practitioners (GPs) respond to a request for an abortion.

Method : Descriptive study using the standardized patient method : a 28 year-old fake patient asking for an abortion after a forgotten birth-control pill consulted 43 randomized GPs, from the 15th, 18th, and the 19th districts of Paris. Data were collected with a questionnaire created for the study.

Primary endpoint (PE) : Creation of an « abortion efficiency score » combining 5 items worth 1 point each (attestation, hCG, ultra sound, blood type determination, addressing). The PE is the proportion of physicians obtaining the maximum score of 5.

Results : n=14 GPs (33 %) getting 5 points, allowing access to abortion with method's choice. PE is more frequent in the 19th district (p=0,04) and in the GPs under 45 (p=0,02). Blood type determination is more prescribe by women (p=0,005) and GPs under 45 (p=0,004). Addressing remains predominantly focused on hospital (58 %). Only 10% know the site ivglesadresses.org.

Conclusion : 33 % of the GPs answered perfectly to a request for abortion. GPs under 45 respond better to it. Recourse to medical abortion outside hospital is insufficient. Training and communication towards GPs need to be improved. The diffusion of tools to help addressing patients and of check-lists, through the Internet, seems a solution to be considered.

Mots clés : Qualité, accès et évaluation des soins de santé, IVG, médecins généralistes, méthode du patient standardisé.